FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1963

ECLAMPSIA IN SARCINA EXTRA-UTERINA

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 28 Junie 1923

DE

M. HAGIETEANU

BUCUREŞTI

Atelierele grafice SOCEC & Comp., Societate anonimă

1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1963

ECLAMPSIA IN SARCINA EXTRA-UTERINA

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 28 Junie 1923

DE

M. HAGIETEANU

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 717/07

BUCUREŞTI

Atelierele grafice SOCEC & Comp., Societate anonimă
1923

Decan: D-nul Prof. Dr. Minovici Mina

Profesori Titulari:

1.	Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr. *Angelescu C.*
2.	Chimia medicală	„ „ *AthanasescuN.*
3.	Clinica chirurgicală infantilă și ortopedică	„ „ *Bălăcescu N.*
4.	Anatomie patologică	„ „ *Babeș V.*
5.	Bacteriologia și patologia experimentală	
6.	Histologia normală și histogeneza	„ „ *Besnea St.*
7.	Medicina experimentală	„ „ *Cantacuzino I.*
8.	Clinica ginecologică	„ „ *Daniel C.*
9.	Clinica II-a medicală	„ „ *Danielopol D.*
10.	Anatomie topografică II	„ „ *Gerota D.*
11.	Farmacia chimică și galenică	„ „ *Georgescu M.*
12.	Clinica și teoria obstetricală	„ „ *Gheorghiu N.*
13.	Anatomie topografică I	„ „ *Ionescu Th.*
14.	Clinica I chirurgicală	
15.	Clinica III-a medicală	„ „ *Ionescu D.*
16.	Clinica III-a chirurgicală	„ „ *Juvara E.*
17.	Clinica boalelor căilor urinare	„ „ *Jianu A.*
18.	Farmacologia și materia medicală	„ „ *Lalu S.*
19.	Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „ *Meșianu N.*
20.	Clinica boalelor nervoase	„ „ *Marinescu Gh.*
21.	Chimia analitică	„ „ *Minovici St.*
22.	Clinica infantilă	„ „ *Manicatide M.*
23.	Igiena și poliția sanitară	„ „ *Mezincescu D.*
24.	Medicina legală	„ „ *Minovici M.*
25.	Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „ *Manolescu D.*
26.	Clinica I-a medicală	„ „ *Nanu-Muscel I.*
27.	Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „ *Nicolau S.*
28.	Clinica mentală	„ „ *Obregea Al.*
29.	Fiziologia umană	„ „ *Paulescu N.*
30.	Patologia generală	„ „ *Proca Gh.*
31.	Anatomia descriptivă și embriologia	„ „ *Rainer Fr.*
32.	Zoologia medicală	„ „ *Sihleanu St.*
33.	Botanica medicală	„ „ *Solacolu T.*
34.	Patologia medicală	„ „ *Thomescu I. Th.*
35.	Clinica terapeutică	„ „ *Theohari A.*
36.	Analiza alimentelor și băuturilor	„ „ *Vintilescu N.*

PROFESORI AGREGAȚI

Medicină operatoare . . . . . D-l Dr. *Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: D-l Prof. Dr. GHEORGHIU N.

Membrii:
- D-l Prof. Dr. Jianu A.
- „ Confer „ Zaharescu Karaman N.
- „ „ „ Butoianu M.
- „ Docent Dr. Hristide E.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici dezaprobare.

Eclampsia în Sarcina extra-uterină

INTRODUCERE

Bazat pe un singur caz de observațiune clinică, unicul de acest gen în literatura medicală, poate că acest studiu ar putea suscita oarecari obiecțiuni, asupra hazardării de a-i fi acordat titlul de document și a-i fi consacrat paginile lucrării mele inaugurale.

Convins totuși, de utilitatea oricărui efort, — cât de modest, pe drumul drept și cinstit al științei, — mai cu osebire în epoca aceasta de sacrificii, prin care trecem fiecare,—am acceptat, cu încredere, tratarea subiectului de față, menit a mări cu un nou fapt — pe cât de interesant, pe atât de instructiv — dosarul studiului celui mai obscur punct din capitolul sarcinei patologice, — dosarul „eclampsiei puerperale".

Aduc, pentru aceasta, recunoscătoare mulțumiri și-l asigur de devotamentul sentimentelor mele de admirație și respect, D-lui Prof. Dr. N. Gheorghiu care, cu o deosebită bunăvoință, mi-a încredințat spre studiere cazul clinic, — obiectul acestei lucrări.

Ii mulțumesc deasemeni pentru onoarea de a fi acceptat a-mi prezida această lucrare precum și pentru îndrumările date în cursul alcătuirii ei.

Onoratului juriu de promoție îi prezint omagiile mele respectuoase.

D-lui Dr. Zaharescu-Karaman, recunoștință pentru bunavoința și prețioasele indicații acordate.

D-lui Dr. D. Săvulescu, medic secundar al Maternității, — cu suflet de adevărat prieten pentru mine, îl asigur de trăinicia frumoaselor sentimente inspirate și-i prezint,

deopotrivă, mulțumiri recunoscătoare pentru prețioasa-i contribuție, — în ce privește completarea culturei și educațiunei mele profesionale.

Nu pot păși, pe drumul spinos al zilelor de mâine, fără a fi înscris, deasemenea, aci, — cu gestul unei profunde emotivități, omagiul stimei, admirației și recunoștinței ce port, foștilor mei șefi de serviciu, D-lor medic G-ral Dr. M. Butoianu, Dr. M. Angheloviei și medic Col. Dr. Const. D. Constantinescu, cărora le datorez, — prin atitudinea, mai mult decât părintească, cu care m'au încurajat și ajutat, în cursul etapelor ascensionale ale vieței mele de student, — aceia ce sunt astăzi.

* * *

Inainte de a trece la expunerea „in extenso" a cazului ce constitue baza studiului nostru și din a cărui analiză, va trebui, apoi, să scoatem maximul de învățăminte practice, socotim absolut necesar, de a arunca, — în prealabil, — pentru ușurarea acestei analize, — o scurtă privire asupra categoriilor de elemente ce-i constituiesc factorii clinici esențiali.

Ocupându-ne de un caz, în care s'au asociat deodată, două din cele mai redutabile manifestațiuni patologice ale sarcinei, — una de ordin local, — sarcina ectopică, și alta de ordin general, — eclampsia, — va trebui deci, să ne oprim, în primul rând, — cu studiul nostru, asupra fiecăruia din acești doui factori.

In urmă, vom încerca să evidențiăm, ce anume relațiuni s'ar putea stabili, — în clinică, — între aceste două categorii de maladii gravidice, spre a ajunge astfel, la o clasificare rațională a cazului ce ne interesează.

Dificultățile de diagnostic, caracteristice în genere, oricărui caz de sarcină extra-uterină au trebuit aci, prin complicarea cu elemente patologice noui, — ca eclampsia, — să capete o adevărată lovitură de grație.

Din analizarea lor, a piesei anatomice însăși, precum și a frumosului rezultat terapeutic obținut, vom izbuti, nădăjduim, să înscriem, în fruntea nouei rubrici de sarcină patologică, numele celui ce a binevoit a ne dărui ocazia primei noastre lucrări.

I.

A. Consideraţiuni generale asupra sarcinei extra-uterine.

Numim sarcină extra-uterină sau ectopică, sarcina care se desvoltă în afara cavităţii uterine normale.

Distingem, după sediul desvoltării ectopice a oului, trei mari varietăţi de sarcină extra-uterină: *tubară*, *ovarică* şi *abdominală* sau *peritoneală*.

Etiologie. Nu se cunoaşte adevărata cauză a sarcinei ectopice.

Toate ipotezele clasice, cari caută să explice această cauză, sunt bazate, în mod esclusiv, pe factorii mecanici (obstrucţie, absenţa cililor, etc.), fie că aceşti factori, sunt consecinţa unor malformaţiuni congenitale ale trompei, fie a unor leziuni câştigate.

In ultimul timp, unii autori (V. Oettingen, Guido Poorten, Mauthner) bazându-se pe un procent (32 %) respectabil de cazuri, absolut fără nici o legătură cauzală cu factorii etiologici cunoscuţi, încearcă să înlocuiască, în mod foarte sugestiv, — teoria mecanică clasică cu una de ordin biologic.

Cauza sarcinei extra-uterine, zic ei, stă chiar în ou. Ovulul fecondat, ca orice celulă vie din organism posedă în el, o anumită energie vitală.

Această energie vitală diferă dela un individ la altul, precum diferă, la acelaş individ, dela un moment la altul şi sub diferite condiţiuni.

Pe această proprietate ovulară stabilesc autorii principiul factorilor etiologici, ce prezidă la mecanismul de producere al sarcinei extra-uterine.

Nu ar exista două ouă dotate cu aceiaşi energie şi forţă de desvoltare. Se pot distinge deci, în raport cu fe-

nomenul fiziologic al nidaţiunei ovulare, trei categorii de ouă: 1) *Oul normal*, dotat cu o anumită doză de energie vitală, — care migrează până în uter şi în anumit timp; 2) Oul cu *energie subnormală* care nu ar poseda forţa necesară procesului fiziologic şi s'ar distruge (ar explica astfel sterilitatea); şi 3) Oul cu *energie supranormală* care ar fi singurul capabil de a determina o sarcină ectopică prin fixarea sa precoce şi într'un loc nepotrivit.

Dacă această energie vitală precedă sau se capătă odată cu fecundarea ovulului, nu se poate şti, întrucât o cercetare directă a oului fecondat în evoluţie e imposibilă. Totuşi, se poate admite o predispoziţie individuală cu *caracter hereditar* spre fiecare din aceste trei categorii de energie vitală intra-ovulară.

Astfel s'ar explica, pe această cale biologică, cazurile de sarcină extra uterină recidivată (5 %), înafara oricărei leziuni anterioară; cazurile de sarcină ectopică familiară (două surori — Dittel), precum şi cazurile în cari, doui soţi, ambii sterili un timp îndelungat, după divorţ şi recăsătorire ajung să-şi aibă, fiecare, copii lor.

Anatomie patologică. Fiecare diviziune de mai sus prezintă subdiviziuni:

I. **Sarcina tubară,** în raport cu porţiunea fixă sau liberă a trompei în care se desvoltă, se împarte în două clase: A) *Sarcină interstiţială* şi B) *Sarcină tubară propriu zis.*

A) *Sarcina interstiţială*, foarte rară, cu trei varietăţi evolutive, şi anume: *Sarcina utero-interstiţială*, *tubo-interstiţială* şi *interstiţială pură* sau intramurală.

Sarcina interstiţială se termină, de regulă, cu ruptura sacului în timpul primelor trei luni. Excepţional se citează cazuri mai înaintate. (Bar, a 7-a lună).

B. *Sarcina tubară propriu zisă*, cu trei subdiviziuni:

1. *S. istmică*, desvoltată în porţiunea internă a trompei.
2. *S. ampulară*, „ „ „ externă „ „
3. *S. infundibulară*, desvoltată pe pavilion

1. *Sarcina istmică*, prezintă de caracteristic faptul că evoluează, aproape în general, în mod liber în sus spre abdomen şi sfârşeşte cu o apoplexie ovulară precoce, însoţită de o ruptură ovulară intraperitoneală a sacului.

2. *Sarcina ampulară*, cea mai frequentă și tipică varietate de sarcină ectopică, se prezintă sub forma unei tumori kistice a trompei, al cărei volum e în raport cu vârsta sarcinei și care se pediculizează prin porțiunea sa istmică. In ce privește evoluția acestei sarcini, spre deosebire de cea istmică, apoplexia ovulară nu este un factor obligator aici, trompa fiind mult mai elastică și ostiumul abdominal în imediata vecinătate. Chiar când se produce apoplexia ovulară, rezultatul ei nu este ruptura primară a sacului, ci formarea unui hemato-salpinx cu sau fără hematocel. Oul se poate desvolta uneori până într'un stadiu înaintat rămânând după cum ostium-ul abdominal e închis sau deschis, un sac fetal închis sau deschis.

In raport cu starea pediculului său, sacul fetal poate evolua:

a) In sus spre abdomen rămânând ori numai *tubar și sub-peritoneal ori tubar și intra peritoneal*, în care caz alege: sau calea ostiumului dând *sarcina tubo-abdominală secundară directă*, sau calea efracției peretelui trompei, dând o *sarcină tubo-abdominală secundară indirectă* (A. Couvelaire)

b) In jos, între cele două foițe ale ligamentului larg mai ales în cazuri de inserție placentară la nivelul mezo' salpinxului, dând forma evolutivă *intraligamentară (parțială* sau *totală*, după gradul de pătrundere în bazin).

c) Sacul fetal poate cădea prin îndoirea pediculului, împreună cu ovarul, în fundul de sac al lui Douglas, fixându-se acolo.

d) Pediculul sacului se poate torsiona.

3. *Sarcina infundibulară* prezintă particularitatea, că grefarea primitivă a oului, se face pe însăși pavilionul trompei; pe franjurile lui.

Desvoltarea sacului se face în dauna acestor franjuri, a ovarului sau peritoneului învecinat de unde și denumirile de *sarcină tubo-ovariană* sau *fimbrică* (după grefarea oului pe „fimbria ovarica" ce leagă polul extern al ovarului cu pavilionul), și *sarcina tubo-abdominală*.

Clinicește ele se aseamănă foarte mult cu sarcina abdominală sau peritoneală și sunt varietăți rare și puțin cunoscute.

Din aceiași subdiviziune fac parte sarcinile, excepțional de rare, desvoltate într'un pavilion sau trompă accesorie.

* * *

Complet vilos la început, caşi cel intrauterin, oul nu se implantează pe peretele trompei decât pe o porţiune foarte limitată; polul opus al lui proemină liber în cavitatea trompei.

După prima lună, epiteliul tubar, la nivelul inserţiei a şi dispărut fără a fi înlocuit prin stratul spongios al caducei uterine.

Peretele musculo-conjunctiv al trompei, uneori extrem de subţiat, e separat de lacurile sanguine placentare, printr'o formaţiune, numită de Couvelaire capsula externă a oului.

Origina acestei capsule este foarte disputată: unii autori susţin că e de origină maternă, alţii, fetală, iar alţii recunosc numai plasmodiilor o origină foetală.

Intre această capsulă externă şi peretele trompei nu există limite precise; elementele celulare capsulare invadează în mod progresiv peretele tubar fără ca acesta să prezinte, în acel punct, vre-o reacţie deciduală oarecare; s'au putut vedea chiar syncitium şi vilozităţi choriale în plin strat muscular.

Nu există caducă reflectată ci o *pseudo-reflectată*, de natura conjunctivă, ca o emanaţiune directă a ţesutului trompei şi care înconjură oul la suprafaţă în tocmai ca o membrană.

Trompa îşi menţine până târziu permeabilitatea, cu toată prezenţa oului; polul liber al acestuia necontractând aderenţe cu epiteliul peretelui opus.

Astfel se explică evoluţia insolită a cazurilor de sarcină tubo-abdominală care găsind ostium-ul abdominal deschis continuă a se desvolta nesupărate, contractând aderenţe cu organele abdominale învecinate, păstrându-şi totodată inserţia placentară ampulară.

Peretele oului e constituit din acelaş chorion şi amnios, ca la sarcina uterină, forma şi grosimea placentei variând cu locul de implantaţiune.

Feţii suferă cel mai adesea malformaţiuni.

Uterul creşte de voolum se ramoleşte, se vascularizează, produce caducă. Trompa opusă suferă în mod excepţional o reacţie deciduală.

Ovarul trompei gravide e hipertrofiat şi conţine corpul galben de sarcină.

Kistul fetal prezintă cu organele învecinate raporturi foarte variate. Uterul e împins: când înaite, când înapoi,

când nu suferă nici o deplasare: când kistul e imobilizat de aderențe în cavitatea abdominală, când e mobil.

Sarcina tubară poate coexixta cu una uterină. Deasemenea cu una tubară de partea opusă, fie simultan, fie succesiv. Există și cazuri de sarcină tubară gemelară într'o trompă, coesistând cu una simplă în trompa opusă. Sarcina tubară poate recidiva: fie succesiv, în aceiași trompă, fie alternativ în ambele.

Evoluția oului tubar. In marea majoritate a cazurilor oul tubar nu ajunge până la termen. De obeceiu survin în cursul evoluției lui diverse complicațiuni.

Astfel oul se poate deslipi de pe inserția sa parietală, moare pe loc, și apoi, fie că este reținut în totalitatea sa în trompă, constituind un hematosalpinx, fie că este expulsat, în parte sau în totalitatea sa prin ostium abdominal constituind *avortul tubo-abdominal*. Avortul tubo-uterin se observă în mod excepțional. Putem avea și o deslipire incompletă de placentă, fără compromiterea vieții embrionului. Histologicește nu putem spune niciodată că avortul este complet, întru cât vom mai găsi la locul de inserție al oului resturi placentare (vilosittăți, celule decidnale).

Totuși, în mod excepțional, în cazuri de expulsie completă, oul se poate regrefa în mod secundar pe peritoneu dând naștere unei sarcini abdominale secundare.

Cel mai adesea însă oul dispare în mijlocul accidentelor hemoragice ce însoțesc deslipirea sa.

Această deslipire, în toate cazurile este precedată de o *apoplexie extra-ovulară*, care constă într'o hipotrofie ovulară cu atrofia vilozităților și transformarea lor mixomatoasă. Retracția acestor vilozități deschide vasele sanguine materne dând naștere unei hemoragii, în masă, între placentă și peretele trompei.

Sângele colectat în abdomen poate constitui un *hematocel pelvian*, simulând o masă anexia ă, și cu sedii diferite: retro-ante-uterin, etc. sau poate chiar da o inundație peritoneală.

Acel eliminat prin ostium-uterin dă metroragii ce simulează o metrită.

Avortul tubar se întâlnește numai în sarcina ampulară, de regulă în primele două luni: niciodată nu se vede în sarcina istmică sau interstițială.

b) *Ruptura tubară* este apanagiul sarcinilor istmice. Calibrul redus al trompei și lipsa de extensibilitate sunt principalele cauze. Totuși există ruptură, însă mai tardivă, și în sarcina ampulară. Ruptura se face întotdeauna la nivelul inserției placentare. Orificiul rupturei, unic sau multiplu, e minim.

Ruptura e preparată prin leziuni anatomice progresive determinate de procesul de penetrațiune al vilozităților coriale. Uneori peretele trompei e așa de subțiat, încât e redus la o simplă peliculă conjunctivă subperitoneală.

Ruptura e urmată de o hemoragie cataclismică, de o inundație pritoneală; mai rar avem a face cu un hematocel extra sau sub-peritoneal, intraligamentar (în cazurile de inserți mezo-salpingiană).

Hematocelul prezintă două eventualități evolutive: ori se rezoarbe, ori supurează.

c) In cazuri mai rare sarcina își *poate continua evoluția până la termen sau aproape de termen.*

In această categorie intră sarcinile intraligamentare, deci subperitonealele și sarcinile peritoneale secundare: ambele apanagiul varietăților ampulare și înfundibulare; niciodată sarcinile istmice sau interstițiale.

Ajuns la termen, copilul moare: femeia prezintă fenomene de falș travaliu.

d) Cel mai adesea însă *fătul moare înainte de termen*; constituind „retenția fetală". In acest caz, în raport cu vârsta sarcinei, oul poate fi: rezorbit complect, în primele săptămâni); se poate putrifica, (fără ruptură a kistului), sau se mumifică. In fine, în cazuri mai rare, fătul se poate transforma în lithopedion printr'un proces de calcificare. Acesta din urmă poate fi reținut uneori foarte mult timp în organism fără nici un prejudiciu.

In general însă retenția devine septică, kistul, prin peretele intestinal vecin), se infectează și supurează.

Abcesul format determină reacțiuni peritoneale și are tendința la eliminare spontană, (azi foarte rar) fie direct prin peretele abdominal, fie printr'unul din organele vecine: rect, vezică, vagin, uter sau peritoneu.

II. **Sarcina ovarică** rezultă din fecondarea ovulului fie în însăși interiorul foliculului de Graaf—(sarcina ovarică

internă), fie, după eşirea sa din el,—la suprafaţa ovarului (sarcina ovarică externă în care caz, graţie propietăţilor histologice ale trofoblastului său, oul pătrunde din nou în zona foliculară sau perifoliculară, nidându-se astfel în stroma ovarică.

Trei condiţiuni esenţiale se cer pentru afirmarea sediului ovaric primitiv al unei sarcini: 1° sacul foetal să ocupe locul anatomic al ovarului şi să fie legat de uter prin ligamentul ovarian. 2° Kistul foetal să fie înconjurat de toate părţile de ţesut ovaric 3° trompa să-şi păstreze întegritatea anatomică, demonstrată prin secţiuni în serie.

Diagnosticul deci e foarte delicat. Astăzi se cunosc multe cazuri de sarcină ovarică pură: aproape în totalitatea cazurilor unilaterală, excepţional bilaterală sau coexistând cu una intrauterină.

Evoluţia: ruptură precoce (2 luni) cu hemoragie intrafoliculară, uneori gravă. Rar cazuri ajunse la 4—5 luni sau chiar la termen.

III. **Sarcina abdominală** poate fi: *primitivă* şi *secundară*.

a) *Sarcina abdominală primitivă* sau *sarcina peritoneală*: oul fecundat se grefează şi se desvoltă în mod primitiv în cavitatea abdominală.

Mult timp contestată; azi e bine demonstrată. P. Jacquin i-a consacrat de curând un studiu foarte documentat.

Pentru stabilirea diagnozei se cere un examen macro şi microscopic 1° al locului de inserţie al oului 2° al organelor genitale, în special al trompelor şi ovarelor 3° al peretelui kistului fetal.

In majoritatea cazurilor avem aface cu abdominale secundare (Wolff, Sitner, au dovedit experimental transplantaţiunea ovulară) punctul de ruptură anexială refăcându-se de obiceiu „ad integrum“, până să intervenim noi; de aceia e absolut indicată examinarea, oul fiind încă viu sau cel mult deslipit de curând.

Clinicește se va recunoaşte momentul transplantării anterioare prin simptomatologia caracteristică unei rupturi sau abort tubar.

Nidaţiunea în astfel de sarcini se efectuează cel mai adesea în Douglas sau în părţile învecinate fiind locuri mai

de adăpost; acest fapt e important de cunoscut pentru depistarea grabnică a oului în caz de integritate anexială.

Grefarea primitivă mai îndepărtată (ficat, reg. lombară, etc.) nu este bine demonstrată.

Din studiul cazurilor de sarcină abdominală primitive indubitabile, cunoscute până în prezent. P. Jacquin, deduce: că oul se desvoltă subperitoneal, perforând seroasa, grație unui proces coroziv; analog celui al nidațiunei.

Trei condițiuni se cer pentru producerea unei atari sarcine: — 1° fecondarea ovulului să se facă chiar în cavitatea peritoneală. — 2° Oul să nu-și fi îndeplinit migrațiunea sa prin trompă 3° să aibă ocaziunea de implantațiune peritoneală.

Sarcina abdominală primitivă intră și ea în categoria sarcinelor ectopice ce pot evolua până la termen, deși exceptional; cel mai adesea survin accidente.

b) *Sarcina abdominală secundară* succede fie unui abort tubar, fie unei rupturi a sarcinei ovarice și, mai puțin, tubare; oul grefându-se în mod secundar în cavitatea abdominală, sau continuând a se nutri dela placenta tubară. Sacul fetal contractă aderențe foarte vascularizate, foarte întinse prin pseudo-membrane, cu organele învecinate (epiploon, intestin, peritoneul pelvian etc.).

E o varietate rară și care poate evolua pînă la termen.

Simptomatologia sarcinei extra-uterine. Rar cazuri de evoluție fără accidente sau ajungerea la termen înaintea acestora.

In *prima jumătate a sarcinei* se remarcă aceleași *modificări generale* ale organismului și *turburări de intoxicațiune* caracteristice sarcinei normale. (deși mai puțin accentuate).

Unele din ele pot fi chiar mascate; de pildă suprimarea menstruațiunei prin hemoragii uterine, hemoragii neregulate, fără prejudiciu însă pentru mersul normal al sarcinei. (Când minime, când abundente, când negricioase, când roșii, ca sângele menstrual, aceste hemoragii se însoțesc deseori, de expulsia caducei uterine, sub formă de chiaguri cu resturi voluminoase de membrană: se însoțesc de dureri în hypogastru și cu iradiațiuni multiple, simulând uneori colica apendiculară. Brindeau remarcă coincidență frecuentă

a acestor expulsii de caducă, cu momentul rupturei sau a falsului travaliu.

Se observă de asemeni în sarcina extrauterină simptome de compresiune: diaree, constipație, disurie, retenție urinară, anurie etc. — *fenomene ce pot chiar predomina.*

Prin tactul vaginal, combinat, se constată cel mai adesea două tumori alăturate: *uterul* și *chistul fetal*; când lipite, când separate. *Primul*: deplasat înainte și lateral, mărit ușor de volum și de consistență mai tare ca a uterului gravid. Colul sus, foarte sus uneori, și ramolit în porțiunea sa terminală.

Secundul: paramedian sau în Douglas, crescut în raport cu vârsta sarcinei, renitent, imobil și puțin dureros: deseori pulsatil.

Unele cazuri clinice exprimă tabloul dramatic al unei rupturi, în mod foarte precoce, (15 zile dela ultima menstruație). Femeia simte deodată în abdomen o durere pongitivă, are leșinuri dese, cade într'o stare sincopală, prezentând apoi întreg cortegiul simptomatic al hemoragiei interne gravă.

Alteori inundația poate fi consecința unui avort. Colectarea sanguină se face picătură cu picătură prin ostium abdominal, în care timp femeia prezintă turburări atenuate, însă progresive, de hemoragie internă, sub forma de puseuri, ce se succed, până la un moment dat când survine tabloul simptomatic de mai sus.

Recunoscând aceiaș causă — ruptură sau abort — colectarea sanguină determină uneori numai un singur *hematocel retro-uterin*; excepțional *ante-uterin* sau subperitoneal.

Aici *semnele funcționale* sunt mult atenuate: se asociază fenomene de compresiune. *Semnele obiective* sunt: propulsarea uterului mult înainte și în sus, formarea unei tumori renitente în fundul de sac posterior, ce dă, la deget, sensația crepitațiilor de zăpadă (din causa chiagurilor). Puls rapid, temperatură 38°—39°.

Soarta hematocelului diferă după cazuri: mai rar se resoarbe, mai des se infectează.

In perioada corespunzătoare *celei de a doua jumătăți a sarcinei, simptomele funcționale* sunt aceleași ca și în sarcina normală, însă *semnele fizice* diferă.

La examen găsim o tumoare imobilă, superficială și necontractilă: uneori de aspect neregulat, de consistență inegală și cu pereți groși (datorit inserției placentare în bazin) fiind însoțită de tumoarea uterină, împinsă înainte și lateral, mai mică, regulată, contractilă și cu colul înmuiat.

Alteori tumora abdominală e netedă, regulată, angajată profund în escavație și cu pereții subțiri.

Prin *ascultație* se pot percepe bătăile cordului fetal, mișcările active ale fătului și suflul matern.

Odată sarcina depășită de a cincea lună poate evolua până la termen sau aproape de termen, fără ruptură: mai întotdeauna, avem a face cu varietăți abdominale primitive sau secundare, sau cu varietăți subperitoneale. In cazuri excepționale, de ruptură: fătul rămâne liber în cavitatea abdominală, unde poate trăi încă un timp, sau dacă moare și se putrifică determină o peritonită acută.

Data presupusă a nașterii este marcată clinicește prin simptome de falș travaliu: (dureri abdominale, hemoragii uterine cu resturi de caducă, colul dehiscent, uterul gol). Fătul moare și este reținut; în urmă apar fenomene de lăuzie: secreție lactată și o scurgere pseudo-lochială.

Abdomenul regresează, tumora se înmoaie; la 2 luni reapare menstruația.

Aceste simptome caracterizează și moartea prematură a fătului. Retenția fetală poate fi aseptică (lithopedion) sau, de cele mai multe ori, septică ducând la fistulizație.

Diagnosticul sarcinei extra-uterine e foarte delicat. El se bazează pe datele anamnetice și pe examene locale repetate. In practică de obiceiu, el nu se pune înainte de ivirea complicațiilor, sarcina putând evolua fără a necesita un consult medical.

Prezența sau absența contractilității tumorei joacă mare rol în examenul local.

Sarcina ectopică se poate confunda în primele luni.— *cu orice tumoră juxta-uterină: hydrosalpinx, salpingită, kist de ovar, fibrom uterin, ovaric* sau al ligamentului larg, *cu o sarcină unghiulară* gretarea oului în corn dă asimetria uterină, simulând două tumori alipite), cu *deviațiuni uterine*, — în special retro și latero versiunea, — și, — în fine, se mai poate confunda cu o *sarcină normală*.

Dintre complicații: *1) hemoragiile* cu expulsie de caducă, se pot confunda cu un *abort al unui ou uterin*; *2) ruptura însoțită de inundația peritoneală*, deasemeni cu *hemoragie internă*, (ce ar fi datorită, fie refluxului de sânge menstrual prin trompe, fie unei pachi salpingite hemoragice), *cu o torsiune pediculară* a unei salpingite sau tumori, *cu o otrăvire, indigestie, colică hepatică, nefritică, cu strangulare internă, peritonită acută* generalizată, apendicită; *3) Hematocelul închistat* se poate confunda: cu un *kist de ovar torsionat* sau anclavat în pelvis, cu un *fibrom retrouterin, cu un utergravid retroflexat*, în fine cu *tumori pelviperitonitice* (unde ne conducem după puls și temp.).

După a 6-a lună, deși s'ar părea diagnosticul de sarcină ectopică mai ușor, prin apariția semnelor de siguranță, totuși sunt cazuri imposibil de precizat; tactul intra uterin și cateterismul, nu sunt indicate, ca mijloace de investigație, decât în cazuri excepționale.

Radiografia preconizată mult de Fabre (Lyon) este un mijloc infidel.

Cel mai frequent caz de confuzie e cel în care se ia o extrauterină drept o sarcină uterină; sunt și cazuri inverse, mai ales în caz de utere malformate.

Imobilitatea kistului foetal și contracția uterină ne vor servi, în primul rând, ca mijloace de diferențiere.

Diagnosticul varietății sarcinei ectopice este în majoritatea cazurilor imposibil de pus, chiar cu piesa anatomică în mână.

Ne vom reaminti că, după a 5-a lună, (excepțional tubară pură), orice sarcină extrauterină va aparține uneia din categoriile: tubo abdominală tubo ovariană sau abdominală pură.

Cele ovariene și abdominale primitive — precum am arătat la capitolul respectiv — nu se pot recunoaște decât prin studii hystologice aprofundate.

Retenția fetală se poate confunda cu toate tumorile abdominale: *fibrom uterin, hematocel pelvian*, dar mai ales cu un *kist dermoid* sau *embriom al ovarului*, etc.

Prognosticul sarcinei extrauterine, este grav pentru copil și serios pentru mamă.

Rar un copil să ajungă la viabilitate; chiar și în

aceste cazuri malformațiunile craniene ce le prezintă fac din el un arierat.

Complicațiunile atât de frequente în primele luni de sarcină și în special ruptura sau abortul kistului foetal, cu consecințele lor grave impun un prognostic foarte serios pentru mamă. Totuși progresele uimitoare ale intervențiunilor chirurgicale atenuează foarte mult mortalitatea (1—2%).

Factori agravanți de prognostic sunt: *fenomenele de compresiune* pe organele intraabdominale (ducând chiar până la oclusia intestinală, anurie, albuminurie, etc.), *torsiunea pedicululuí kistului*, — *deciduomul tubar*, prezența sarcinei tubare intr' un sac herniar, dar mai ales *sarcinile ectopice gemelare*, cele *recidivate*, *sarcina uterină concomitentă*, *sarcina uterină urmând unei ectopice neoperată*, etc.

Tratament. Esclusiv chirurgical, aplicat fiind, în raport cu eventualitățile clinice.

In primele luni, în caz de diagnosticare precoce a sarcinei ectopice, intervenim imediat prin laparotomie.

Facem ablația trompei gravide sau histerectomie, după gradul și teritoriul interesat al leziunilor.

Accidentele hemoragice, în special inundația peritoneală, impun mai ales, un tratament chirurgical: cu excepție, după unii autori, pentru hematocelele mici, necomplicate) cari se pot rezorbi spontan.

In ultimile luni: Dacă fătul e viu, și nu prejudiciază mamei, recurgem la *expectativa armată*: niciodată însă, până la data presupusă a termenului, când faișul travaliu și hemoragia intra kistică ar produce moartea fătului, și ar îngreuia intervenția, (deși se citează și cazuri de acestea reușite).

Calea operatorie sigură este incontestabil tot laparotomia; ea permite în acelaș timp și un tratament rațional al aderențelor precum și al placentei. Asupra acestora două din urmă.—din cele 2 metode: *conservatoare* (marsupializare și drenare) și *radicală* (ablația completă), ce au divizat pe chirurgi în două tabere, — predomină astăzi, — ca *metodă ideală*, — *metoda extirpațiunei radicale*; cu rezultate post operatorii locale mult superioare iar cu mortalitate maternă. — dacă nu chiar inferioră, — cel mult egală primei metode.

Când fătul e mort de curând, se impune extirpația totală a kistului, nu inainte însă de 4—6 săptămâni, când circulația interkistoplacentară a mai diminuat.

Când fătul e mort mai de mult pericolul inevitabil al infecțiunii, dictează acelaș tratament operatoriu. Orice complicațiune (ruptură, infecție, etc.) impun deasemenea o imediată laparotomizare.

B. Considerațiuni generale asupra eclampsiei puerperale.

Numim eclampsie puerperală o afecțiune reprezentând ultimul stadiu al intoxicațiuni gravidice și care se caracterizează prin anumite modificări anatomo-patologice, iar clinicește prin hipertenziune arterială, albuminurie, convulsiuni sau coma.

Frequența cazurilor de eclampsie e în medie 1 la 200 sarcini.

In raport cu data apariției ei distingem:

a) eclampsia ante-partum (40%).

b) eclampsia din timpul nașterii (½ cazuri).

c) eclampsia post-partum (excepțională).

Prima categorie de eclampsie apare, de obiceiu în cursul ultimelor două luni ale sarcinei. Excepțional înainte de a 6-a lună.

Secunda în periodul de dilatare și mai rar, de expulsie.

Terța dela câteva ore după expulsia placentei în tot cursul primei săptămâni de lăuzie (cazurile citate ca apărute mai târziu sunt contestate).

Simptomatologia. Rar accesele convulsive apar în mod brusc. De obiceiu ele sunt precedate de *simptome premonitorii* (ce alcătuiesc după expresia lui Bar, syndromul eclampsismului).

Astfel: *albuminuria* (1—18 gr. %) și *hipertensiunea* arterială cari preced, uneori cu mult accesele de eclampsie și constituesc unele din fenomenele cele mai constante.

Apoi: cefalalgia frontală, tenace, turburări ale vederi (ce pot merge până la cecitate completă). — Vâjâituri în urechi, oedeme, durere epigastrică, fenomene dispneice schim-

bări de caracter etc. Bouchard a constatat toxicitatea urinoră redusă în această perioadă.

Accesul eclamptic cuprinde trei perioade:

1) *Perioada de invazie*, care se manifestă printr'un fel de „aura"; femeia își perde cunoștiința, prezentând contracții fibrilare și mișcări convulsive ale mușchilor feței și membrelor superioare. Durata maxim $^1/_2$—1 minut.

2) *Perioada de convulsii tonice*, mai scurtă, se caracterizează printr'o contractură a tuturor mușchilor: gâtului trunchiului și membrelor.

3) *Perioada de convulsii clonice* de durată lungă (3—5 minute chiar mai lungă)—și în care contractura mușchilor respiratori încetând, corpul este scuturat în întregime de sguduituri repetate, brusce și ritmate.

Aceste accese eclamptice se pot repeta uneori cu o frequență așa de mare, încât devin subintrante, cel mai adesea ele sunt distanțate și în intervalul lor femeia sau își reia complet cunoștința sau cade într'o stare de coma profundă, ce uneori poate persista ca atare terminându-se cu moartea.

Din cauza variabilității escesive a simptomatologiei acestor accese, tabloul clinic al eclampsiei este foarte dificil de descris.

Coma gravă, terminată prin moarte, se poate manifesta uneori chiar în urma unuia sau a două accese; alteori, această comă se prelungește ore sau zile întregi, după expulsia placentei.

Moartea în cursul unui acces e excepțională. Cauzele ei sunt multiple și în bună parte ignorate. Cel mai adesea ea e determinată de oedemul și focarele hemoragice ce se observă în diferitele organe: creer, ficat, rinichi, pulmoni etc.

Numărul acceselor poate varia în medie între 1 — 50 (Bumm).— K. Hoste (Stettin) citează de curând un caz cu peste 264 de accese.

Sunt și accese larvate.

In timpul accesului se observă: fenomene asfixice, hipertensiune vasculară foarte pronunțată, hipertermie, oligurie, (ce merge până la anurie), albuminurie accentuată (Bar cit. 100 gr.$^0/_{00}$), chiar la femeile ce nu prezentaseră

până atunci, methemoglobinurie; coeficientul urotoxic e scăzut, al serului din contra e crescut.

Se mai observă sub influența acceselor, redeșteptarea contracțiilor uterine ce pot declanșa facerea: în acelaș timp fătul moare, datorit cel mai adesea hemoragiilor placentare.

La terenurile predispuse, după accese, se văd turburări delirante, uneori leziuni retiniene grave, ce recunosc un substrat azotemic, o stare de torpoare cerebrală cu amnezie etc.

In majoritatea cazurilor de eclampsie pură, fără maladii organice (renale, hepatice etc.), preexistente, vedem, după naștere, o „restitutio ad integrum" în tot tabloul clinic și anatomo-patologic al boalei; dovada eloquentă de natura gravidică a acestei maladii.

Diagnostic. Diagnosticul eclampsiei puerperale trebue privit în raport cu diversele perioade ale maladiei.

La o gravidă, (fără maladii renale preexistente), în fața unor simptome premonitorii de eclampsie: cum sunt fenomenele nervoase, albuminuria masivă și hipertensiune progresivă, vom diagnostica o iminentă apariție a acceselor de eclampsie.

Când accesele s'au și produs, le vom diferența ușor de cele *epileptice* cu ajutorul anamnezei și evoluției clinice a accesului, epilepsia fiind extrem de rară la gravide. (Albuminuria masivă și hipertemia, caracteristice eclampsiei, ne vor fi foarte utile ca elemente de diagnostic).

La fel vom proceda pentru diferențiarea de *accesele hysterice*.

Eclampsia saturnină, diferă prin comemorativele bolnavei și mai ales prin semnele obiective ale intoxicațiuni saturnine (lizereu gingival etc).

In perioada comatoasă, excludem *natura alcoolică* (lipsa albuminuriei și prezența odoarei respirației); *saturnină*, *epileptică* (mai puțin profundă, lipsa albuminuriei masive, hipertermiei, reluarea rapidă a cunoștinței).

Otrăvirile (fosfor, morfină, opiu etc.), pot da stări analoage comei eclamptice (simptomele obiective ale graviditați ne ajută).

Coma uremică, pură, nu va putea fi diagnosticată

decât ulterior nașterii, (simptomele nefretice persistând), sau pe baza antecedentelor brightice.

Prognostic. Foarte grav pentru mamă; 20-30% mortalitate (în lipsa unui tratament convenabil); 50-60% mortalitate fetală (Bumm).

Vidarea uterului și aplicarea tempestivă a tratamentului medical de care dispunem în prezent a redus mortalitatea maternă la 5%.

Prognosticul fiecărui caz e determinat de gravitatea simptomelor intoxicațiunii, gravitate ce este proporțională cu starea funcțională a rinichilor și mai ales a ficatului.

Printre factorii agravanți citâm: lunga durată și violența acceselor, apariția precoce a comei și profunzimea ei, icterul și anuria completă, intensitatea albuminuriei, hemoglobinuria; hipertermia și slăbirea progresivă a pulsului în timpul comei precum și apariția primelor semne de oedem pulmonar, duc aproape sigur la moarte.

In raport cu efectul salutar al terminării nașterii asupra eclampsiei, se poate spune că: cu cât accesele survin într'un period mai înaintat al nașterii cu atât sunt mai benigne.

Eclampsia antepartum și post-partum au prognosticurile cele mai severe.

In ce privește fătul, eclampsia poate produce sau avortul, sau nașterea prematură, sau moartea fătului, fără expulsie (nașterea efectuându-se mai târziu) sau în fine, fătul poate rezista, sarcina urmându-și cursul ei normal.

Cauza primară a morții fătului pare a fi datorită aceluiaș proces de intoxicație gravidică ca și la mamă, exprimată prin analogia leziunilor anatomice din cele două organisme.

Elementele unui prognostic favorabil sunt: căderea temperaturei, restabilirea emisiunei de urină în cantitate suficientă, rărirea sau dispariția acceselor, scurta durată a comei, abundența scaunelor.

Anatomia Patologică. Se găsesc leziuni în mai toate organele însă cele mai constante, și cari sunt și cele mai caracteristice sunt cele din rinichi și ficat.

Nu există raport direct între leziuni și intensitatea simptomelor maladiei.

Caracterul histologic al leziunilor e cel degenerativ, nu inflamator,—probă de natura toxică a agentului cauzal.

Astfel, se constată în *rinichi și ficat*, prezența unui proces de degenerescență, (tumefacție turbure, degenerescență grăsoasă și necroza epiteliurilor glandulare secretorii, în plus, în ficat, hemoragii la periferia lobulilor și formarea de trombusuri în ramificațiile inter și intralobulare ale venei porte (Lubarsch, Schmorl, Bar etc.).

La făt s'au găsit deasemeni leziuni cu acelaș caracter degenerativ.

In creer predomină când leziuni cu caracter hemoragic, când oedematos.

In splină ar fi o analogie aproape completă cu leziunile hepatice (Bouffe de Saint-Blaise).

Cordul hipertrofiat, cu degenerescență grăsoasă și necroza fibrelor muschiulare.

In vase multiple trombusuri, iar în *pulmoni* congestie intensă cu emfizem. oedem, focare apoplectice sau embolii celulare.

Adesea se găsesc exudate seroase sau hemoragice în pleură, pericard, peritoneu, meninge.

Placenta prezintă nuclei de apoplexie, hemoragii difuze cu leziuni necrotice, mai mult sau mai puțin intense.

Bumm consideră toate procesele degenerative ale rinichilor, necrozele hepatice, anemice și hemoragice, extravasatele sanguine și focarele de ramolisment ale creerului și miocardului, în fine trombozele multiple din organe, drept leziuni tipice și caracteristice eclampsiei.

Ele sunt însă, alături de fenomenele eclamptice, efectul unui acelaș agent toxic și nici de cum cauza primară a eclampsiei.

Tocmai pe această bază anatomo-patologică, mai ales că și experimental s'au putut reproduce cu ajutorul unui produs toxic gravidic, aceleași leziuni organice, se încearcă astăzi, în știință să se consolideze tot mai mult ideia toxicozei gravidice.

Etiologia. In lipsa unei concluzii sigure asupra cauzei însăși ce produce eclampsia se semnalează deobiceiu factorii predispozanți ce se observă în clinică:

Eclampsia este în genere, o maladie sezonieră; frequentă în epocile umede, primăvara și toamna.

E mai frequentă în Nord decât în Sud, probabil da-

torit felului diferit al alimentației. Războiul cu viața lui de privațiuni și cu alimentația săracă în grăsimi și albuminoide a dovedit-o diminuând numărul cazurilor de eclampsie.

La fel se explică particularitatea eclampsiei de a fi în deosebi apanagiul femeilor viguroase și pletorice.

Vârsta nu joacă nici un rol.

Primiparitatea predispune (80%). După Bumm 10% din cazuri sunt de eclampsie recidivată. Gemelitatea predispune de asemeni.

Alți factori predispozanți: mola veziculară, hereditatea, hydramniosul, prezentațiunile vicioase, strâmtorările de bazin, — nu par, — (după cei mai mulți autori), a avea un rol manifest, decât în cazuri sporadice.

Alterările aparatului urinar, cum ar fi compresia sau distensia ureterală, și pe care Halbertsma a ridicat-o chiar la importanța unei teorii patogenice primordiale, pot determina și ele uneori, pe cale reflexă convulsiuni; de asemenea retenția marcată de urină.

Frequența asocierii eclampsiei cu puerperalitatea, — (observându-se excepțional în afara acestei stări),—au condus pe mulți să considere eclampsia ca o intoxicare datorită esclusiv produselor de desasimilație foetală, mai ales că accesele convulsive nu se observă decât în periodul ultimelor luni de sarcină, când schimburile foeto-placentare sunt mai active.

Ori, ca fătul să producă toxine mai nocive decât cele materne e greu de admis; în plus caracterul leziunilor organice, găsite la făt, sunt foarte analoage celor din organele materne, deci recunosc o cauză toxică comună și cu acțiune simultană.

Ivirea unui caz de eclampsie, la o molă hydatiformă, fără foetus, a fost dealtfel un argument suficient pentru distrugerea acestei ipoteze.

Patogenia. Asupra acestui capitol al eclampsiei s'a scris enorm în literatura medicală și s'au emis un număr considerabil de teorii fără însă a se ajunge nici până astăzi la o elucidare a problemei. De aceia Zweifel a și numit eclampsia «maladia teoriilor».

Revizuirea tuturor criteriilor ce au prezidat la enun-

ţarea treptată a acestor nenumărate ipoteze, precum şi acelor cari sunt în curs, ar fi desigur un efort inutil pentru paginile restrânse ale unui atare modest studiu.

Cum scopul nostru nu este decât de a putea furniza, o doză cât de minimă de material „real", celor ce au precăderea să se ocupe pe larg şi cu competinţa cerută de chestiunile delicate ale biologiei, vom trece de aceia în mod cât mai succint peste acest capitol.

Precum am amintit mai sus, tendinţa actuală a punerii diagnosticului exact de eclampsie puerperată se bazează în special pe importanţa capitală a modificărilor anatomo-patologice.

Caracterul lor degenerativ ne sugerează ideia că, la baza eclampsiei avem a face cu o intoxicaţie. Tabloul clinic al eclampsiei, foarte asemănător celui produs de diferite otrăvuri cunoscute, pledează, deasemeni, pentru această noţiune patogenică; urina femeilor eclamptice, după naştere, s'a constatat a fi foarte toxică.

Că această intoxicaţie este consecinţa directă a stării de graviditate şi numai a ei, o dovedesc îndeajuns statisticile, (cari nu menţionează existenţa convulsiilor eclamptice înfară de această stare, decât în mod excepţional) precum şi evoluţia clinică a manifestărilor acestei maladii. Aceste manifestări dispar, în imensa majoritate a cazurilor, odată cu moartea şi mai des odată cu expulsia oului din organism; astfel se obţin în mai puţin de 24 ore, uneori, atât clinicește cât şi anatomo-patologicește o „restitutio ad integrum", condiţionat fiind bine înţeles de conservarea limitei de rezistenţă organică a femeii şi utilizarea cu succes a functiunei emonctoriilor sale.

Cazurile rare de eclampsie post-partum au dat însă mult de gândit oamenilor de ştiinţă; totuşi credem că mecanismul intim al producerii acestor cazuri nu contravin ideii de mai sus; probabil că organismul flexează la un moment dat în rolul lui de neutralizator faţă de toxina gravidică reziduală.

Dacă părerea aproape unanimă este astăzi pentru admiterea la baza eclampsiei a unui agent toxic şi nu a unui agent de altă natură, atunci suntem îndreptăţiţi să nu pu-

nem în joc, în cazurile de eclampsie post-partum, decât absolut aceste elemente.

Ca acest agent toxic să fie fabricat în mod independent de graviditate, e inadmisibil; atunci n'am mai avea afaceu eclampsie puerperală și dacă se contestă veracitatea cazurilor de apariție tardivă a eclampsiei, ce au fost publicate de unii autori, e tocmai din cauza acestei lipse de legătură probabilă, între o graviditate încheeată în bune condițiuni și un efect toxic cu acțiune atât de retardată.

Recidivarea succesivă a eclampsiei, chiar până la 14-a sarcină (cazul citat de Ramsbotham), precum și ivirea ei în sarcina extrauterină, sunt argumente destul de probante asupra raporturilor directe de cauză la efect, între grefarea oului în organism și aceste manifestațiuni patologice.

De modul cum lucrează această graviditate asupra organismului, spre a produce agentul toxic ce determină eclampsia, cari sunt cu alte cuvinte, mecanismul de producere și origina (făt, mamă sau placentă), a acestui produs în puerperalitate, se încearcă și astăzi, cu noi mijloace de investigație și par'că cu mai mult succes ca în trecut, a li se da de urmă.

In ce privește natura intimă, compoziția chimică însăși a agentului toxic, dat fiind obișnuita complexitate a factorilor biochimici în metabolismul schimburilor organice, problema se află pe aceeași treaptă a necunoscutului ca și în trecut.

Origina foetală a produsului generator de eclampsie, am văzut că nu se mai poate susține. Această origină va trebui deci căutată sau la mamă sau la ou.

Teoriile bazate pe factorii mecanici și reflexi, sub influența graviditățiî, ce se considerau a determina s'nguri fenomenele eclamptice, fără a-și fi perdut complect din valoarea lor, au fost trecute astăzi pe al doilea plan; atribuindu-li-se totuși acestor factori, un rol, în mecanismul producerii convulsiilor eclamptice, dar în nici un caz un rol capital.

Deasemeni, leziunile hepatice și renale ce însoțesc de regulă eclampsia, fără însă a fi ele cauza primară a maladiei, — precum se acreditase cândva în știință, sunt reduse

astăzi de către cei mai mulți autori, la importanța secundară a unor factori determinați!

S'a demonstrat apoi că nu există paralelism între intensitatea simptomelor din clinică și intensitatea leziunilor organice; în plus, fiecare simptom: albuminuria, hipertensiunea, si oedemele, etc., pot subsista sau dispare în cursul maladiei, în mod cu totul independent. Aceasta denotă că, între leziunile substratului anatomic și simptomele eclampsiei, nu există un raport direct de cauzalitate, ci că ambele sunt, în grad egal, efectele aceluiași agent toxic specific, pendinte numai de starea de graviditate.

Tocmai acest contrast izbitor, constatat în clinică, între intensitatea manifestațiunilor și minimum de leziuni organice corespunzătoare, precum și cazurile inverse, au determinat pe unii autori să recunoască agentului toxic, unic, al eclampsiei, două componente: una toxică propriu zisă și alta spasmofilă, fiecare cu acțiune electivă asupra sistemului organic respectiv (rinichi, ficat, etc., sau sistem nervos).

Rând pe rând se succedară la ordinea zilei, căutând să explice mecanismul intim și cauza primară a eclampsiei, teorii ingenioase bazate: fie pe modificările chimismului sanguin, fie pe turburări mecanice ale circulației, fie pe o autointoxicație complexă cu punct de plecare renal, hepatic, intestinal, etc., fie pe o infecție microbiană, etc., până când, în cele din urmă cercetări bazate pe metodele noi biologice conduseră la o nouă serie de teorii patogenice cu totul diferite unele de altele.

Prin cercetări experimentale s'a dovedit în ultimii ani că, în timpul graviditătii, iau naștere în sânge, substanțe ce nu se găsesc în afară acestei stări. Aceste substanțe de natură variabilă (amine, fermenți, enzime, lipoizi) ar produce în anumite cazuri, prin mecanisme diferite, atingeri grave ale proprietăților biologice ale sângelui, determinând alterațiuni organice intense și fenomenele eclamptice.

Ele ar avea deci un rol specific, intim legat cu starea de graviditate.

Mulți autori (Hoffbauer, Schönfeld, Lange Selheim, Veit, etc.) caută să localizeze cauza primară a eclampsiei, fie într'o reacție anormală, prin exces sau insuficiență a glandelor endocrine (tiroidă, paratiroide, hipofiză, supra-

renale, ovar, etc.) fie în mamelă, fie în ou. Deci și eclampsia ar aparține domeniului obscur al endocrinologiei.

Cunoaștem în deajuns diminuarea rezistenței organice la toți insuficienții endocrini, hipertenziunea vasculară la supra-renali, spasmofilia la insuficienții paratiroizi; deasemeni rolul activ de regulator și apărător al corpului galben cu efectul său depresoriu vascular (creer). Hofbauer și alții au arătat influența manifestă pe care o are hipofiza în apariția fenomenelor patologice din timpul și după graviditate și în special asupra capilarelor sanguine din anumite teritorii vasculare (creer, ficat, rinichi, etc.) determinând o vaso-constricție puternică și consecutiv accesul convulsiv.

Prin analogie cu manifestațiuni morbide asemănătoare celor eclamptice observate la unele animale (vaci), s'a atribuit și la om, mamelei, o influență capitală.

Schönfeld, bazându-se pe cercetări experimentale importante, cu extracte de placentă, precum și pe observațiuni clinice în legătură cu instituirea dietei lactate sau cu regimul sărac în grăsimi și albuminoide din timpul războiului, a ajuns la concluzia că: eclampsia ar fi rezultatul unei secreții interne anormale a placentei cu acumularea în circulație a produselor de secreție, dublată de o insuficiență hepatică și renală ce nu permite eliminarea acestor produse, precum și de lipsa de neutralizare a lor de către celelalte secreții interne. De aici preconizarea venesecției profilactice și a dietei lactae ca mijloace de dezintoxicare.

J. Veit. Ascoli, Hofbauer, Weichhardt, etc., atribue de asemeni influenței placentei, ca organ glandular intermediar, origina probabilă a eclampsiei.

Elementele sincițiale sunt aruncate de placentă în organism Acesta fabrică anticorpi syncițio-lyzine. Agentul toxic ar fi furnizat, după unii, de simplul exces de elemente sincițiale în sânge, după alții de excesul de syncițiolysine, iar după alții (Weichhardt) disolvarea elementelor sincițiale de către syncitio-lysine ar pune în libertate adevăratul agent toxic care e syncitio-toxina. Numai când syncitio- toxina nu va mai putea fi neutralizată de organism, prin anticorpii săi specifici, numai atunci această substanță ar determină eclampsia. Sunt autori (Lichtens-

tein) ce nu admit teoria placentară sub această formă; Bar îi este însă favorabil.

Indiferent de natura chimică a agentului toxic se recunoaște, în genere, astăzi, că eclampsia ar fi în funcțiune de diversele modificări produse în chimismul placentar, care ar duce la formarea de toxine sub influența unor fermenți hidrolitici. Numai prezența în cantități suficiente a lipoizilor glandelor endocrine, cari au rol antitoxic față de placentă, ar fi capabilă să imunizeze organismul matern față de aceste modificări.

Unii identifieă ca neutralizator cholesterina din sânge; insuficiența ei în ultimele luni ale sarcinei ar favoriza producerea eclampsiei. S'a mai asemănat accesul eclamptic cu șocul anafilactic, produs în sensul concepției lui Besredka și în care sensibilizarea organismului s'ar face prin fermenții placentari deversați pe cale sanguină; șocul s'ar produce pe aceeași cale. Antianafilaxia specifică, ar fi atunci posibilă prin metoda administrării subintrante a dozelor minime de antigen, desenzibilizând organismul.

Tratamentul.

Ignorând cauza eclampsiei, fatal vom ajunge la un tratament empiric și simptomatic.

Il divizăm în: 1) tratament medical, 2) tratament obstetrical.

Tratamentul medical trebue instituit în totdeauna cu caracter de *tratament profilactic*, întru cât eclampsia este cel mai adesea o complicație evitabilă. De aici indicația majoră de a supraveghea cu atenție pe orice femeie gravidă, chiar din primele luni, și a lua măsuri severe de îndată ce constatăm apariția simptomelor premonitorii de auto-intoxicație.

Cunoscut fiind influența covârșitoare a regimului alimentar, cel bogat în albuminoide și grăsimi, favorizând, în primul rând, creearea unui teren pletoric, — apanagiul eclampsiei—instituirea din vreme a unui regim lacto-vegetarian sau declorurat, constitue prin el însuși aproape unicul mijloc de prevenire a eclampsiei.

Vom stimula în acelaș timp funcțiunea de dezintoxi-

care a organismului, veghiând la buna funcţionare a tuturor emonctoriilor.

In acest scop administrăm alcaline pentru combaterea acidozei, laxative, purgative, desinfectante intestinale, diuretice, fricţiuni uscate sau alcoolice; recomandăm evitarea frigului, hidroterapie (băi calde şi prelungite). Obţinem sedaţiunea sistemului nervos prin bromuri, cloral, etc. Nu recurgem la venesecţie de cât în cazuri de iminenţă a acceselor.

In perioada de *eclampsie confirmată*:

1. *Combatem convulziile* prin administrarea narcoticelor, cu acţiune paralizantă asupra centrilor motori din creer şi cari diminuează acţiunea sistemului simpatic vazomotor, restabilind o circulaţie normală, Trei sunt mai uzitate: morfina, hidratul de cloral şi cloroformul. Fiecare îşi au partizanii lor.

a) Preconizată de G. Veit, morfina trebue administrată cât mai curând după debutul convulziilor, când pulsul este încă bun şi în doze mari 0,02—0,03 ctg. de mai multe ori pe zi; în coma când pulsul devine mic şi frequent, efectul ei este tocmai contrariu grăbind sfârşitul letal.

b) Narcoza cloroformică intermitentă. — nu continuă ca odinioară —, respectând indicaţia principală de a o institui chiar dela primele semne precursorii ale perioadei de invazie, dă rezultate foarte bune suprimând accesele şi facilitând executarea manoperilor obstetricale, necesare pentru debarasarea organismului de sursa de intoxicaţie. E însă o metodă obositoare.

c) Hidratul de cloral administrat în clisme (4—16 gr. pe zi) sau poţiune, între accese şi „à longue“, şi mai ales combinat cu doze mici de morfină (Stroganoff), sau cloroform (von Winckel) a dat rezultatele excelente.

Pentru desintoxicarea organismului nu e recomandabil în această perioadă, a recurge la hidroterapie energică (cearceafuri, băi, etc.) toxina eclamptică părând a nu se elimina prin sudoare; iar concentraţia probabilă a acestei toxine în umori putând determina uneori accidente apoplectice grave.

Nici diaforeticile (pilocarpina, jaborandi) nu sunt in-

dicate favorizând, prin excitarea secreţiei bronchice, oedemul pulmonar.

Injecţiile cu ser artificial, de care s'a abuzat atâta timp, în scop de a diminua concentraţiunea toxică şi a stimula diureza, au din contra, conform vederilor patogenice recente un efect nociv, favorizând creşterea hipertenziunii şi a oedemelor, deci ivirea convulziilor, în special prin retenţie clorurată.

Tendinţa actuală este de a fi înlocuite cu apă pură lactozată sau după metoda instituită la Maternitatea noastră, cu ser fosfatat.

Unii autori recomandă în anumite cazuri de eclampsie, opoterapia tiroidiană; alţii, cea ovariană, bazându-se pe noţiunile patogenice cu caracter endocrinologic. Kinselman şi Hofbauer afirmă chiar că cel mai raţional şi eficace tratament al eclampsiei este acel al administrării de estract ovarian, combinat cu venesecţia.

Asupra eficacităţii acesteia din urmă, în amendarea şi deseori suprimarea accesului eclamptic şi a comei, practicată însă „larga manu", — minimum 1000 cm c —, nu mai există astăzi nici o discuţie.

Indicată în special la femeile pletorice şi în iminenţă de asfixie, venesecţia sustrage organismului, conform părerilor lui Bouchard, o cantitate notabilă din toxinele acumulate în el, scade în mod simţitor tenziunea arterială (Bar), restabilind tot odată şi permeabilitatea renală (J. L. Chirié).

Bumm insistă asupra bunelor rezultate obţinute în cazuri disperate de asfixie prin coma, cu instituirea respiraţiei artificiale prelungite care pe lângă stimularea muşchilor inspiratori, ar ameliora şi oxidaţiunile din corp.

Tratamentul eclampsiei grave, prin decapsularea renală, procedeul Edebohls, nu a reuşit a-şi căştigă aderenţi fiind de o aplicaţiune ingrată în ce priveşte momentul indicaţiunei.

Tratamentul obstetical. Autorii sunt de acord că în perioada prodromică a maladiei provocarea naşterei nu este indicată decât în cazurile de agravare a accidentelor şi în cari storţările terapeutice medicale au eşuat complect; la fel, părerile fiind mai unanime în a recunoaşte că, unicul mijloc de a pune un termen convulziilor dese şi repetate, şi a aduce vindecarea, consistă în a evacua uterul cât mai

curând posibil. Cu atât mai ușor de adus la îndeplinire această indicație (ajutați fiind de narcoza clorofonică, cu cât în multe cazuri simptomele travaliului au și început să se pronunțe.

După cazuri vom proceda:

a) la terminarea rapidă a nașterii prin metodele obstetricale cunoscute (versiune, forceps, etc.) în caz de dilatabilitate suficientă:

b) la completarea dilatării prin metode rapide (instrumentală, manuală, chirurgicală) dacă aceasta este mai puțin înaintată;

c) la expectativa armată (pentru a nu interveni decât „în extremis" chiar cu cezariana vaginală sau supra simphisară—conform școalei germane—)și însistarea cu tratament medical în cazurile în cari stergerea colului abia începută se oprește în acest stadiu, precum și în cazurile de apariție în timpul graviditătii, a acceselor eclamptice sporadice, urmate de o evoluție normală, până la termenul sarcinei.

Totuși sunt și unii autori exclusivi intervenționiști.

II.

Studiu asupra relaţiunilor dintre sarcina extra-uterină şi eclampsie.

Conform datelor rezumative de mai sus, — cu privire la studiul ambelor acestor maladii gravidice, — putem deduce, că asocierea lor, în clinică, este condiţionată, în general,—de anumiţi factori, ce merită, în cadrul acestei lucrări, o atenţiune deosebită.

Atât sarcina extrauterină, cât şi eclampsia puerperală, conţin, în însăşi existenţa lor, puncte atât de obscure, pentru stadiul actual al cunoştinţelor noastre, încât, pe măsură ce se vor decelà, şi într'un mod riguros ştinţific,—cauzele intime ce prezidă la producerea şi desvoltarea fiecăreia din aceste complicaţiuni, şi pe măsură ce se vor mai ivi în clinică noui cazuri de asociaţie a acestor două maladii, pe aceiaşi măsură, factorii aceştia determinanţi vor fi mai uşor de evidenţiat.

Pentru moment,—fără a ne revendica nici o competinţă ştinţifică, fiind abia pe pragul terminării şcolarităţii noastre,—şi servindu-ne, doar, de învăţămintele trase din pilda singurului caz existent în literatura medicală, — totuşi extrem de instructiv, vom putea stabili că, în clinică, — pentru ca o sarcină extrauterină să se complice cu eclampsie trebue:

1. Ca varietatea sarcinei extra-uterine să aparţie neapărat,—(deşi se citează cazuri de eclampsie survenită, — în mod excepţional,—şi înainte de a doua jumătate a sarcinei),—uneia din categoriile de sarcină ectopică, susceptibilă de o evoluţie mai înaintată: aceasta conform observaţiunilor generale asupra datei apariţiunei eclampsiei.

Am spus, — în prima parte a acestei lucrări, — că eclampsia debută: 1) sau, în cursul ultimilor două luni ale

sarcinei—, (excepţional mai înainte)—constituind *eclampsia-ante-partum*;

2) sau, în timpul şi concomitent cu unul din perioadele facerii;

3) sau, în timpul lăuziei,—putând începe imediat după expulsia placentei sau în tot cursul primei săptămâni, (contestându-se veracitatea cazurilor mai tardive)—, constituind *eclampsia post-partum*.

In raport, cu eventualităţile clinice evolutive ale sarcinei extra-uterine, în general, — amintite la capitolul respectiv,—ar rezulta, din p. d. v. nosologic, că primele două modalităţi: eclampsia ante-partum şi aceia din timpul naşterei, ar fi singurele posibile de existenţă.

Ori, aceasta din urmă modalitate, n'ar fi aplicabilă decât la cazurile ce, eventual, ajung până la termen sau foarte aproape de termen, epocă în care procesul fiziologic al naşterei şi-ar putea avea locul în mod spontan. Acest proces, — în sarcina extra-uterină,—dat fiind nefavorabilitatea dispoziţiei anatomice pentru o expulsie normală a produsului de concepţiune, ştim, că este înlocuit prin fenomenele de „falş travaliu", urmate de moartea fătului „in situ".

Cum studiul eclampsiei în sarcina ectopică, abia e în faşă, necunoscându-se cazuri de sarcini extra-uterine ajunse, — riguros fiziologiceşte până la termen şi complicate, — chiar în momentul în care ar trebui să se declanşeze travaliul,—cu accese eclamptice, (fapt de o constatare, recunoaştem, foarte anevoioasă, întrucât însuşi termenul sarcinei uterine normale nu se poate şti cu preciziune până astăzi), rămânem la concluzia, — bazându-ne şi pe învăţămintele furnizate de cazul nostru,—că *singură eclampsia ante-partum ar constitui apanagiul sarcinei ectopice.*

Odată ce placenta e reţinută în organism, — cum se întâmplă de regulă, în sarcinile extra-uterine şi ştim, că ea continuă să se hrănească în mod activ, încă multă vreme,—(fapt capital în indicaţiile oportunităţi operatorii în cazurile de „retenţie fetală"), — de o *eclampsie post-partum nu poate fi vorba.*

Nu putem identifică, o expulsie completă a presupusei surse de intoxicaţiune gravidică, (precum, am văzut că

este considerată, de mulți autori,—placenta),—fenomen, current, în sarcina uterină, (unde, printr'un simplu control uterin suntem, adesea, în măsură, să punem capăt răului), — *nu putem identifică*, zic, *o astfel de debarasare* — absolut completă a organismului,—de sursa de intoxicațiune, *cu „retenția fetală" din sarcina extra-uterină*, — pentru a denumi, *cu acelaș termen de „post-partum"*, o eclampsie ce ar isbucni *în urma unui falș travaliu.*

O asemenea eventualitate, dacă s'ar produce vreodată în clinică ar fi de un interes major pentru o explicare plauzibilă a adevăratei origini a eclampsiei, fiind un factor contributiv important în favoarea confirmării sau infirmării unora din ipotezele patogenice de astăzi; în deosebi pe acelea ce privesc origina placentară a eclampsiei.

In cazul relatat de noi, accesele și coma eclamptică au luat sfârșit de îndată ce moartea fătului s'a produs, justificând astfel, cel puțin, pe una din multiplele teorii,— și nu pe cea mai puțin importantă,—pe aceia a specificității toxicozei.

Dintre categoriile de sarcină extra-uterină, cari ar intra în cadrul studiului nostru, categorii,—cu varietăți susceptibile de o evoluție până la o dată subordonată apariției obișnuite a acceselor de eclampsie, citâm, în primul rând, din clasa sarcinelor tubare: *sarcinile intraligamentare* (subperitoneale), și *sarcinile abdominale (peritoneale) secundare.*

Ambele aceste categorii sunt apanagiul varietăților: *ampulare* si *infundibulare.*

Prima varietate, *ampulară*, conține modalitățile evolutive de: a) *sarcina tubară și subperitoneală*; b) *tubară și intraperitoneală*, (ea însăși cu subvarietățile: *tubo-abdominală secundară directă* și *tubo-abdominală secundară indirectă)*; precum și c) modalitățile rezultate, una din căderea sacului foetal, — cu ovar cu tot — în fundul de sac al lui Douglas, și alta din torsionarea pediculului.

Varietății *infundibulare* îi aparțin: *subvarietățile* de sarcină: *fimbrică sau tubo-ovariană* și *tubo-abdominală.*

Sarcinile ovarice pure, *abdominale primitive* precum și *abdominale secundare* (rezultate din *grefarea* oului în *mod secundar*, prin abort, ruptură ovarică sau, mai rar,—

tubară,—în cavitatea abdominală), pot intra, deasemeni,— în cazuri de evoluție excepțională, — în categoria varietăților ce ne interesează.

2-a *Condițiune pentruca eclampsia sa complice o sarcină extra-uterină* ar fi: ca raportul dintre specificitatea toxicogenă a oului grefat și terenul care alimentează acest ou să fie realizat prin aceleași mijloace și de aceiași factori determinați, încă necunoscuți, ce prezidă la ivirea oricărui caz de eclampsie în sarcină iutra-uterină.

Ca să atribuim sarcinei extra-uterine o influență patogenică în plus, din punct de vedere biochimic și calitativ, în determinarea acceselor de eclampsie, prin adăogarea de noui factori, deosebiți de cei furnizați de sarcină uterină, ar fi din partea noastră, și credem a oricui, astăzi, o hazardare prematură, lipsiți fiind atât de materialul clinic necesar cât mai ales de cel biologic.

Cel mult dacă am putea opinia, având în vedere influența netă a multiplilor factori de ordin mecanic sau reflex, de pildă compresiunea pe organele învecinate tumorei: tub dig stiv, uretere, vezică, nervii hipogastrici etc., invocați în etiologia eclampsiei. — (încât o parte din ei au și constituit nucleul patogenic capital al multor teorii), — și cari factori etiologici, în sarcina extra-uterină, capătă, (precum am arătat la capitolul generalităților), — o importanță deosebită din p. d. v. clinic (mai ales când se asociază și sequele posthemoragice), — cel mult, dacă am putea afirmà, că această nuanță de pronunțare a unora din factorii etiologici ai eclampsiei s'ar incumba în mod direct, modalități de evoluție gravidică anormală.

Rămâne totuși, această constatare pe un plan cu totul secundar, față de importanța capitală a celorlalte cauze de ordin pur biologic ce aparțin toxicozei gravidice.

Inutil deci să reluăm, „d'al capo" toate considerațiunile de ordin etiologic și patogenic ce au fost și sunt invocate în mecanismul intim al producerii eclampsiei.

In fața unui imens domeniu, — pur hipotetic, — eforturile unui modest culegător trebuesc să capituleze.

Vom reaminti totuși că: terenurile pletorice, femeile cari în timpul graviditâți se supraalimentează, abuzând de regimul bogat în grăsimi și albuminoide, cele cari au pre-

zentat în primele luni, fenomene reflexe accentuate sau fenomene de intoxicaţie gravidică netă vărsături, albuminurie etc. ignorându-şi totodată ectopismul sarcinei. (din lipsa obişnuitelor accidente dramatice se însoţesc atât de frequent atare maladie precum şi femeile cari sunt, în mod precoce, subiectul preferat al manifestărilor prodromice de eclampsie, fie că aceste manifestări apar în mod primitiv, fie în mod secundar, (favorizate de o maladie organică preexistentă graviditaţi), toate aceste categorii de femei, vor fi, şi în sarcina extrauterină, mai predispuse la eclampsie: ca unele ce oferă, pe deoparte, terenul propice iar pe de alta, sunt avizate din timp de caracterul vicios al graviditaţi lor.

Cum eclampsia este, astăzi, privită ca ultim termen al unei întoxicări gravidice.—unică în esenţa sa, — cu tot polimorfismul manifestărilor la care dă naştere, orice simptom precoce va trebui privit ca un indiciu revelator al predispoziţiei marcate pentru eclampsia de mai târziu.

In aceiaşi ordine de idei ne putem întreba, dacă eclampsia ar constitui pentru evoluţia sarcinei extra-uterine, un factor de agravare în plus faţă de ceia ce se petrece în relaţiunile dintre eclampsie şi sarcina normală? Dar.... examinarea acestui punct va fi mai cu temei făcută, împreună cu a restului de consideraţiuni clinice, ce ar mai putea rezulta din asociaţia sarcină extra-uterină cu eclampsie, de îndată ce vom fi înregistrat, aci expunerea cazului nostru clinic.

* * *

E vorba de: o sarcină extra uterină, varietatea tubo-ovariană, ajunsă aproape de termen şi complicată cu eclampsie puerperală ante-partum.

Cazul a fost publicat de D-nii Prof. Dr. N. Gheorghiu şi Dr. D. Săvulescu în Revîsta de obstetrică, ginecologie şi Puericultură No. 3 din 8 Martie 1923, de care articol, beneficiez.—cu acordarea prealabilă a permisiunei.—„larga manu" în rândurile ce urmează:

Observaţiune clinică.

Femeia Elena G. quartipară, de 25 ani, este adusă la Institutul Maternitatea din Bucureşti, în ziua de 6 Ianuarie 1923, fiind gravidă la finele lunei a VIII-a şi prezentând accese de eclampsie

Ant. Pers. menstruată la 14 ani; îi venea la interval de 23-24 zile în cantitate normală, durata patru zile. Căsătorită la 16 ani, având imediat o naştere la termen: copilul trăeşte. La 2 ani, are un avort neprovocat, în luna II-a.

In 1920 a avut o sarcină extra-uterină pentru care a fost operată la spitalul Brâncovenesc. Intârzierea menstruaţiei fusese de 4 zile peste termen. După operaţie nici o modificare în caracterele menstruaţiei.

Istoric. Rămâne gravidă a 4-a oară; nu poate preciza data ultimei menstruaţiuni. In luna Iulie 1922 are hemoragii ce ţin trei săptămâni, pentru care, consultând un medic, i se prescrie un tratament medical. In urmă are leşinuri şi pierderea cunoştinţei ceiace determină pe medic să o trimeată la Maternitate.

Aici s'a constatat că avea o tumefacţie în fosa iliacă stg. ce se întindea în sus până la un lat de deget sub ombilic, depăşind înăuntru linia mediană.

Prin tactul vaginal se simţea că tumora bomba în fundul de sac posterior şi lateral stg.; s'a făcut o punctie şi s'a extras sânge curat.

Temperatura, timp de 10 zile a variat între 36^6—37^8; în urmă a devenit normală. Prin repaos şi tratament medical femeia se amendează, cerând, după 35 de zile de spitalizare să iasă din Maternitate. In preziua plecării, la examen se constată: o tumefacţie ce ocupa fosa iliacă stg., întinsă până la trei laturi de deget sub ombilic.

In urmă femeia a început să simtă mişcări interne, însă de slabă intensitate; ele se produceau regulat şi nu au încetat până la intrarea ei în serviciu.

In tot acest timp abdomenul creştea. Cu o lună mai înainte începuseră să se pronunţe oedeme ale membrelor inferioare, ce au mers progresiv întinzându-se şi la membrele superioare şi faţă. In ziua de 5 Ianuarie 1923, are acasă o serie de 15 accese de eclampsie, în interval de 12 ore.

In stare comatoasă, este adusă la Maternitate, în ziua următoare, la ora 10 a. m., unde are din nou patru accese la ora 11 a. m., $12^{0'}$, $1^{25'}$ şi $4^{45'}$.

Starea prezentă. De constituţie medie, bolnava, în stare comatoasă şi cu oedeme generalizate, prezintă abdomenul desvoltat, cu o tumoră pe linia mediană, de formă ovoidă, ca de uter gravid în 8 luni; fundul tumorei la patru laturi de deget sub apendicele xifoid. Nedureroasă şi de consistenţă tare tumora prezintă la palpare părţi dure, unele mai mari, altele mai mici.

La ascultaţie nici un sgomot foetal; totuşi, la intrare, d-na Moaşă primară, afirmă a fi auzit bătăile cordului fetal.

Prin tactul vaginal se dă de un col mic, dur, închis şi ascuns foarte sus, înapoia simfizei pubiene; în fundul de sac posterior o tumefacţie cu conţinut lichid.

Urina, redusă cantitativ, conţine 6 gr. $^0/_{00}$ albumină. Nimic deosebit de partea celorlalte organe.

I se fac, în ziua intrării, două venesecţii; prima la ora 11 a. m., scoţându-se 1000 gr. şi a doua la ora 5 p. m. când i s'a scos 800 gr. După fiecare venesecţie s'a injectat 1000 gr. ser fosfatat. In plus, în aceiaşi zi, i se mai fac injecţii cu pantopon, clisme cu cloral; se administrează un purgativ, dietă hydrică şi ventuze scarificate în regiunea lombară. Al patrulea acces dela ora $4^{45'}$ a fost ultimul acces de eclampsie; starea comatoasă persistând până a doua zi dimineaţa.

In urmă, sub influenţa tratamentului şi a dietei hydrice, pacienta şi-a revenit complect; albumina şi oedemele au scăzut. Sgomotul cordului fetal n'au fost auzite la nici un examen.

Cerând cu insistenţă de a fi debarasată de tumora abdominală, i se pune în ziua de 18 Ianuarie o laminarie, a doua zi două şi a treia zi patru laminarii. Tactul intracervical arată că acest canal este foarte lung, făcând imposibil explorarea cavităţii uterine.

Se hotăreşte atunci a se urmări evoluţia ulterioară a tumorei lăsându-se să se refacă colul şi însemnându-se cu nitrat de argint pe peretele abdominal, fundul tumorei.

In zilele următoare s'a observat involuţiunea tumorei prin scăderea treptată a nivelului fundului şi care a mers progresiv. Albumina a scăzut şi ea până la $0.25^0/_{00}$.

In ziua de 1 Februarie examenul constată: colul împins spre simfiza pubelui, iar în fundul de sac posterior o tumoră cu consistenţă tare, dar având şi părţi moi.

Prin punctie se extrage un lichid cu caracterele lichidului amniotic.

Cum bolnava declarase că în 1920, cu ocazia operaţiei de sarcină extrauterină, i s'ar fi făcut la spit. Brâncovenesc o histeropexie abdominală, s'a presupus că este un uter gravid aproape de termen, cu desvoltarea enormă a peretului posterior, constituind tumora din fundul de sac vaginal posterior şi că lichidul acela şi-ar găsi astfel explicaţia provenienţei sale.

Prin faptul că femeia nu pierdea nimic prin vagin, nu avea deci nici o scurgere uterină, d-nii Profesor Dr. D. Gheorghiu şi Dr. Săvulescu, începuseră să se îndoiască de existenţa unei sarcini uterine, (precum declară în articolul împrumutat), ba chiar de însăşi existenţa unei sarcini opiniând pentru presenţa unui kist torsionat.

Existenţa acceselor de eclampsie îi îndrituiau totuşi să se

gândească la prezența unui făt în cavitatea abdominală, deci la o retenție fetală.

Repetatele examene ce au succedat,—cu același rezultat negativ persistent,—determină, și sub influența insistențelor femeii, efectuarea operațiunei pe ziua de 1 Martie a. c.

Operația. După laparotomie mediană supra și subombilicală și extirparea cicatricei cu un lambou ovalar alungit, se deschide peritoneul căzându-se pe o tumoră ce ocupă abdomenul până deasupra ombilicului.

Fața ei anterioară este acoperită de marele epiploon; în sus la fundul tumorei se găsesc numeroase aderențe. După secționarea lor între legături se dau de alte aderențe cu intestinul subțire, aderențe cu colonul ileo-pelvian și cu pereții escavației. Cu oarecare dificultate se liberează tumora de aceste aderențe de jur împrejur; extremitatea inferioară a tumorei liberată din escavație, rămâne legată numai înainte prin istmul uterin foarte alungit. Corpul uterin face corp, intim lipit, cu tumora. Se pune o pensă clamp și se secționează istmul pentru a degaja cavitatea abdominală de tumoră.

Se continuă disecția colului și dezinserția vaginului complectându-se isterectomia totală.

Se pune surjet pe secțiunea vaginului și se fac legături pe toate ligamentele. Se drenează foarte larg prin vagin, lăsând capetele meșilor să tamponeze suprafețele sângerânde ale pelvisului. Se trage epiploonul în escavație și se închide abdomenul în trei straturi.

Descrierea tumorei. Tumora extirpată are o formă ovoidă ca a unui uter gravid de 8 luni. Are o suprafață netedă, cu un perete propriu subțire și un conținut lichid, în care, prin palpare se găsesc părți fetale. Extremitatea inferioară a ovoidului este ocupată de un craniu simțindu-se oase late și suturi. Pe fața anterioară a tumorei se află corpul uterin întins ca o pătură „răstignit" (cum exprimă plastic d-l Prof. Dr. Gheorghiu), și foarte lățit; în partea stângă se recunoaște de asemenea etalat un ligament rotund.

Deasupra fundului uterului, întinsă și lipită foarte intim de tumoră, se află anexa stg. formată dintr'o coardă groasă, întoarsă în sus și către linia mediană, distingându-se separat, atât trompa cât și ovarul,—foarte lățit,—de mărimea unei piese de 5 lei, intim unit cu peretele tumorei.

Anexa dreaptă nu se găsește; probabil extirpată la operația anterioară.

S'a întărit piesa în formol, s'a secționat și s'a găsit în cavitatea sa, un făt de 8 luni cu pelvisul spre polul inferior, cu craniul spre cel superior iar placenta era înserată pe peretele anterior al tumorei, corespunzător feței posterioare a corpului uterin.

După operație temperatura vesperală se menține timp de 3

zile la 37°, pulsul 100. A patra zi se scot meşile vaginale: a şasea zi firele abdominale profunde. A zecea zi plaga abdominală era cicatrizată iar a 12-a zi femeia părăseşte patul.

Din cele ce preced, am văzut, cum clinica ne-a furnizat, un splendid exemplu de asociere, a doua din cele mai redutabile complicaţiuni ale sarcinei.

Bazaţi pe studiul „Consideraţiunilor generale" anterioare stabilisem că: eclampsia nu ar putea surveni, decât în timpul evoluţiei uneia din varietăţile de sarcină ectopică, susceptibilă de a atinge vârsta, la care apare de obiceiu în clinică, eclampsia.

Am trecut în revistă, atunci, toate modalităţile anatomice ce cădeau în categoria aceasta; am dedus deasemeni, deşi într'un cadru nosologic eronat, anumite categori de eclampsie ce convin stadiilor evolutive, proprii sarcinei extra-uterine. Nu vom mai reveni.

Exemplul clinic expus, confirmă în totul deducţiile noastre: Sarcină extra-uterină, varietate tubo-ovariană (fimbrică), — ajunsă în a 8-a lună şi complicată cu eclampsie ante-partum.

Dar, pentruca această varietate de sarcină, dealtfel, ea însăşi excepţională în rândul sarcinilor ectopice cu evoluţie înaintată, — să ajungă, cu tot accidentul hemoragic suferit, nu numai să se menţie la un grad pasager şi relativ de viabilitate ci să şi evolueze până aproape de termen, merită să ne reţie atenţia noastră asupra ei.

Că, avem a face cu o atare varietate, tubo-ovariană, am văzut din descripţia anatomică a piesei (care descripţie aparţine competinţei ştinţifice a maestrului nostru D-l Prof. Dr. N. Gheorghiu); din ea se deduce clar cari au fost raporturile de interdependenţă ale kistului fetal cu pereţii escavaţiei, cu organele abdominale învecinate şi în special cu organele genitale interne: „Tumoră ovoidă, plasată în Douglas, cu un perete propriu şi prezentând aderenţe multiple. Uterul, (având în stânga sa, un ligament rotund, „răstignit" pe peretele anterior al tumorei; deasupra lui, pe acelaş perete, anexa stg., singură existentă, etalată şi

recurbată în sus, lăsând să se distingă atât trompa cât și ovarul, turtit și sudat în perete ca o piesă de 5 lei.

Tumora, ocupând fundul de sac al lui Douglas a fost plasată desigur, în locul cel mai convenabil unei evoluțiuni abdominale înaintată, ceia ce și explică vârsta sa.

Această plasare, cu foarte mare probabilitate că s'a efectuat concomitent cu accidentul hemoragic.

Pe un teren dinainte predispus (am văzut că aveam afface cu o sarcină ectopică recidivată), foarte probabil că kistul fetal, ajuns la anumit grad de desvoltare, pe locul de grefare inițială, (pe fimbria-ovarica, deci extraperitoneal) a suferit la un moment dat, o mișcare de flexiune. în jurul pediculului tubar (evidențiat atât de frumos pe piesa anatomică), coafând peritoneul și plasându-se astfel în locu-cel mai decliv și mai puțin vitreg desvoltări sale.

Această mișcare evolutivă a produs, în zona de înserție placentară vecină mai ales, cu un organ atât de vascularizat și expus congestiunilor ca ovarul),—o ușoară apoplexie ovulară, urmată de o deslipire parțială placentară, — totuși atât de minimă, această deslipire, încât a permis oului să-și menție viabilitatea, să acapareze, ch'ar, noui teritorii vasculare să evolueze mai departe: proces nu tocmai rar în mecanismul evolutiv al diferitelor varietăți de sarcină ectopică.

De un abort și o regrefare integrală abdominală nici vorbă nu poate fi; poziția placentei pe acelaș perete, — (anterior kistului și posterior uterului), — ca și anexa stgă, — corespunzând zonei de etalare ovarică și pavilionară a trompei, — sunt argumente peremptorii în sprijinul afirmațiunei de mai sus.

Examenul clinic al pacientei, la data accidentului hemoragic n'a putut decela limitele nete ale tumorei, (ce bomba în fundurile de sac lateral stg. și posterior), ca una ce era alcătuită din: Kistul foetal scăldat în masa încă lichidă a hematocelului devenit abia în urmă, la eșirea bolnavei din spital, un hematocel închistat.

Prezumția că oul, la data examenului, se afla deja plasat în Douglas, rămâne astfel valabilă.

Să admitem o îndoire a trompei, anterioară sau ulterioară accidentului e mult mai greu.

Pe baza procesului anatomo-patologic ce caracterizează apoplexia ovulară, (retracția vilozităților, din cauza hipotrofiei ovulare, cu hemoragie consecutivă), s'ar putea admite până la un punct, — că sursa formări hematocelului ar fi fost datorită unei deslipiri placentare, chiar din locul unde a fost găsite pe piesa anatomică; ce'ace contravine însă, acestei supoziții, este faptul, că: zona tumorală, explorată pe cale externă abdominală, își avea sediul maxim în fosa iliacă stg. nu pe linia mediană, cum ar fi fost logic să fie dacă implantațiunea secundară și parțială a oului pe uter s'ar fi executat anterior accidentului hemoragic.

In plus, flexarea trompei așa de timpurie precum și manifestarea acțiunei corozive placentară, pe noul teritoriu, să nu se fi însoțit oare de nici un simptom clinic?

Iar, mai târziu, — în urma accidentului, — evoluarea, kistului fetal spre Douglas, — să nu fi fost jenată de masa, interpusă, — a hematocelului închistat?

Când am vorbit de diagnosticul diferențial al eclampsiei am arătat, că, accese convulsive și stări comatoase, analoage celor eclamptice se mai pot întâlni: în epilepsie, în histerie, în diverse intoxicațiuni (saturnină, alcolică) și otrăviri (fosfor, opiu, morfină, cloral etc). — în meningite, în tumori celebrale în hemoragii cerebrale, etc., arătând în acelaș timp, — pe scurt, — la fiecare, caracterele specifice. esențiale.

Primele două maladii, hysteria și epilepsia, se asociază, în mod excepțional cu sarcina; iar ultima, hemoragiile cerebrale) din care rezultă tabloul clinic al comei apopletice, e foarte greu de diferențiat uneori, — întru'cât ea însăși — constitue adesea o complicație a eclampsiei puerperale.

In cazul nostru, dat fiind ciudata disimulare a sarcinei, — prin lipsa unor semne nete de falș travaliu sau tumoră foetală, — nu se putea procedă, la stabilirea unui diagnostic de probabilitate, decât uzând de „metoda eliminări": prezența tumorei abdominale, totuși, — îndreptățea, prezumția, — cea mai plauzibilă, pe aceia care ar fi stabilit un strâns raport de cauzalitate între tumoră și accesele convulsive.

„Surpriza" operatorie a dat dreptate acestei logice.

Evoluția clinică a maladiei cu dispariția completă și

rapidă a tuturor fenomenelor ce însoțiseră accesele și coma eclamptică, (oedeme, tensiunea sanguină, frequența pulsului și temperatura, albuminuria etc.), — demonstrează, — până la evidență că de o comă uremică nu a putut fi vorba.

Albiminuria s'a redus atât de mult, în zilele următoare comei, — ceia ce nu s'ar fi întâmplat dacă aveam a face cu o leziune renală preexistentă, sau organizată concomitent graviditătii, încât, pe „foaia de observație" a bolnavei, găsim:

6/I 1923 $6^0/_{00}$ gr. album., puls 100
7/I „ $6^0/_{00}$ gr. „ „ 80 temp. 37^5
10/I „ 0,25 ctgr. „ „ 100 „ 37^3 urina 1000 gr.
25/I „ nor fin de „
3/II „ „ „ „ „
23/II „ urina nu conține albumină.

Starea generală a bolnavei, pe care am urmărit-o personal, era excelentă și s'a menținut astfel, cu tot șocul operator suferit, până la eșirea din spital.

Ivirea în clinică a unei atari asociațiuni de sarcină eetopică cu eclampsie, în rândul complicațiunilor gravidice, determinând, precum am văzut, întâmpinarea unor enorme dificultăți de diagnostic, ne furnizează nouă o pildă, din cele mai instructive, de manifesta frequență a apariției eclampsiei puerperale, în raport cu toate celelalte categorii de eclampsii.

Odată cunoscut acest lucru, hezitarea va fi, de sigur mai redusă, dacă nu chiar esclusă, în identificarea sarcinei, pentru acei ce vom avea ocazia poate, (în calitate de viitori medici practicieni de a ne afla, deasemeni, în fața vreunui caz clinic analog: de eclampsie complicând o tumoră abdominală.

Acest simptom asociat, la cadrul unei sarcini disimulate, capătă prin el însuși un caract.r quasi-patognomonic.

In ziua când se vor ivi în clinică, cazuri, de alte tumori abdominale cu evoluție înaintată, și complicate cu eclampsie, desigur că în acea zi acest prețios caracter, ca element de diagnostic, al eclampsiei, va mai diminua.

Pe măsură ce se vor mai publica, din contră, cazuri de asociație, ca a noastră, pe aceiași măsură, acel caracter, va constitui tot mai mult un apanagiu esclusiv al ei.

Eclampsia constitue în sarcina uterină un factor de

prognoză foarte agravant. Mortalitatea maternă 20—30%, (fără tratament); fetală 50—60%.

In sarcina ectopică, grefarea placentară se face pe un teren impropriu desvoltărei tuturor elementelor anatomice ce alcătuiesc baza nutritivă suculentă a placentei uterine; legătura dintre mamă și făt e deci mult mai slabă. „Stofa" feților extrași din kisturile sarcinelor extra-uterine e un bun exemplu despre aceasta.

Vom deduce deci că: *în sarcina extra-uterină acest factor de prognoză va fi mult mai grav în ce privește viața fătului.* Moartea lui ar fi regula; aceasta în opoziție, cu aceia ce se vede, uneori, în sarcina uterină, când fătul, odată scăpat de furtună ajunge teafăr până la termen.

Dealtfel acesta e unicul mijloc, la dispoziția organismului, de a mai atenua efectul sursei provocatoare de toxine, (exceptând cazul în care s'ar interveni, din primul moment al accentuări fenomenelor prodromice, prin laparotomie).

„Retenția fetală" ar urma să constitue, (în cazurile complicate cu eclampsie), după anumite teorii cu baza experimentală (cum ar fi acea placentară), un factor de prognoză maternă agravant. Dealtfel știm că placenta continuă să se hrănească, în mod activ și încă multă vreme, în organism, după moartea fătului.

S'au văzut totuși cazuri de sarcină uterină cu eclampsie post-partum tardivă, (apărută după golirea completă a uterului); acest fapt a și dat și va mai da, încă mult, de gândit cercetătorilor.

Hrănirea placentei însă, în retenția fetală, nu se mai face desigur, pe baza aceloraș legi fiziologice ca în timpul viabilității fetale; mecanismul de fabricație activă a toxinelor gravidice a dispărut deci odată cu moartea fătului.

Cel mult dacă putem vorbi aci de o „retenție" de menținerea „în plus" în organism, (față de ceiace se întâmplă în sarcina uterină), a unui adevărat rezervoriu de toxine.

In cazurile de eclampsie post-partum, fără „corp delict" în uter, nu se poate admite, conform acestor hipoteze, decât că: agentul toxic gravidic, în parte reținut (ince loc?, încă nu se știe), — în organism capătă, la un moment dat (un ascendent, într'o atmosferă de dezechilibru biologic propice, ca acea din lăuzie, (foarte probabil din cauza „flexări"

organismului în rolul său de neutralizator biochimic și depurator pe căile emonctoriale), dând naștere syndromului eclamptic.

Dat fiind paucitatea nutritivă foeto-placentară din sarcina extra-uterină, după cum această bază nu este capabilă să alimenteze, în cazuri de sarcină fără eclampsie, un material organic de o vitalitate equivalentă celui furnizat în sarcina uterină, la fel, credem, că se va întâmpla și în caz de sarcină ectopică cu eclampsie, când se va cere aceluiaș substrat anatomo-fiziologic dintre mamă și făt să fabrice în mod vicios un quantum de toxine.

Debitul toxic va fi, așa dar, în eclampsia din sarcina extra-uterină, în proporțiuni mult mai reduse, de cât în eclampsia ce complică sarcina uterină.

Prin analogie vom spune că, în nici un caz, riscurile mamei nu vor fi, din acest punct de vedere, mai mari ca în eclampsia cu sarcină uterină.

Dispărând cauza primară a sursei de alimentare cu toxine, — *viața fătului*, — procentul de retenție toxică intraplacentară, (ca plus al celui intraorganic), fiind totodată mai redus, cu atât mai ușor va fi, pentru organism să se remonteze, printr'o rapidă neutralizare a efectului toxic, cu cât însăși executarea procesului de îndepărtare a sursei toxinice, e mai expeditivă în sarcina extra-uterină.

Cu totul altfel se petrec lucrurile — sub influența unui atac, — în interiorul unui ou desvoltat în condițiuni fiziologice normale și într'un organ cu proprietăți speciale de adaptare și de rezistență, — cum ar fi uterul, — și astfel într'un kist fetal cu rezistență organică minimă.

Durata procesului fiziologic al nașterii (lucru pe care încearcă, în primul rând să-l execute natura), — e înlocuită aici, — printr'o singură clipă; dând astfel posibilitatea organizări unei rezistențe organice mai eficace, — grație proceselor neutralizatoare antitoxice.

Noțiunea de timp, în mecanismul producerii eclampsiei puerperale, credem că joacă mare rol.

O degajare, cu un moment mai de vreme, — a organizmului matern, — de produsul său de concepțiune, — nu pune oare capăt de atâtea ori manifestărilor clinice morbide ajunse la paroxism?

O distocie nu-i adesea un motiv puternic, în clinică, de biciuire a unei eclampsii în evoluție?

Și fiindcă produsul de concepțiune în sarcina extra-uterină nu poate fi expulsat la timp de organism, e omorât!...

De ce n'am acordà, atunci, — bazați pe cele mai de sus — un prognostic relativ mai benign, evoluțiunei unei eclampsii, ce complică o sarcină ectopică?!

De factori biologici agravanți, — specifici ectopismului sarcinei, — în ce privește mecanismul de producere inițială a eclampsiei, — cu alte cuvinte, — de un caracter de malignitate în plus, a eclampsiei din sarcina extra-uterină, am văzut că nu s'ar putea vorbi încă; de factori etiologici intermediari, cu acțiune favorabilă asupra evoluției ulterioare a eclampsiei, în sensul arătat mai sus, — credem, totuși —, că s'ar putea.

Prognosticul pentru mamă, *odată retenția fetală produsă*, n'ar fi deci mai agravat în asociația sarcină ectopică cu eclampsie, față de similara sa uterină.

Să mergem însă până în a esclude complet ideia posibilității ivirei unei eclampsii tardive în sarcina extra-uterină, corespunzătoare celei din post-partum-ul normal, aceasta nu o îndrăznim; totuși,—până la un punct,—(în sensul părerilor expuse)—s'ar putea deduce aceasta, dat fiind că acești factori etiologici adjuvanți sunt furnizați, în mod constant (pentru a permite astfel întotdeauna o organizare rapidă a rezistenței organice), în oricare caz de sarcină extra-uterină înaintată.

Primul exemplu clinic de acest gen ne-a demonstrat-o.

Și nu se poate spune că: „materialul" furnizat a fost de o calitate inferioară spre a nu ne putea servi drept bază unui studiu!...

Distingem doar atâția factori utili în el!... Astfel: 1) traumatism operatoriu asupra organelor intraabdominale în antecedente. 2) Recidivă de ectopism. 3) Accident hemoragic pronunțat în cursul evoluției aceleiași sarcini ce avea să se complice mai târziu cu eclampsia. 4) Prezența unei atât de rară varietate anatomică de sarcină ectopică și cu o evoluție atât de înaintată, și în fine, 5) O formă de eclampsie ante-partum—gravă,—cu coma, urmată,—de îndată ce fătul a murit,—de o „restitutio ad integrum" în starea organică a femeii.

Cele aproape 2 luni de „retenți foetală“ nu s'au mai manifestat nici prin cel mai mic simptom morbid (minus infimul grad de albuminurie pasageră), care să reamintească grava intoxicație suferită.

Nici presupusul agent toxic reținut, cu cele 2 componente ale sale: toxic și convulsivant, n'a mai acționat, nici factorii mecanici sau reflexi, pendinți de tumoră, nu s'au mai manifestat.

Ori, dacă rolul acestor factori mecanici ar fi fost capital în mecanismul de producere al eclampsiei, precum s'a susținut de unii autori, de ce n'ar fi continuat să acționeze, ei singuri și în acelaș mod intens, (cel puțin primele ore sau zile, după moartea fătului), când reușiseră să-și conserve, în condițiuni excelente, caracterele fizice tumorale, atâta vreme?!...

Această „restitutio ad integrum“ rapidă și perfectă și în cazul eclampsiei din sarcina extra uterină ca în atâtea altele, uterine, nu constituie ea oare, un argument în plus —câștigat de clinică,—de cum trebue privită această maladie, în cursul unei sarcini?

Tratamentul asociației: sarcină extrauterină cu eclampsie, diferă într'u câtva, prin indicațiile sale,—în raport cu cel aplicat în sarcina uterină cu eclampsie,—datorit fiind, acest lucru,—unor anumite particularități, proprii asocierii.

Aici avem afface cu două complicațiuni în loc de una; fiecare își are în clinică, indicațiile sale terapeutice astfel încât, suntem forțați să recurgem la eclectism.

In eclampsia din sarcina uterină am văzut—că se avea în vedere, *în perioada prodromică*, foarte mult și viața copilului; de aci recomandația unei abțineri complecte dela orice tratament obstetrical. Părerile erau aproape unanime, în a se insista cu tratamentul medical; pe care nu-l voiu mai repeta în descripție.

In eclampsia din sarcina extra uterină indicația terapeutică, în aceiași perioadă prodromică va fi, credem, — tocmai opusă precedentei: laparatomie cât mai grabnică,— spre a debarasa, cu un moment mai înainte un organism, amenințat de două rele: (aceasta, în cazul, în care nu s'ar ignora sarcina ectopică a femei).

In prima categorie de eclampsie, *în perioada declarării acceselor și comei*, părerea generală era: evacuarea rapidă a uterului pentru salvarea mamei.

In a doua categorie de eclampsie, — aceia ce ne interesează pe noi în primul rând,—și în *perioada convulsivă corespunzătoare*, credem mai nimerit a *se insista numai cu tratamentul medical* nerecurgând la cel chirurgical, care ar putea fi mai dăunător, în acel moment.

Într'adevăr: tratamentul medical dă,—(precum am văzut și în cazul nostru), — în marea majoritate a cazurilor rezultate excelente. El a redus doar mortalitatea maternă, — conform ultimelor statistici, la $5^0/_0$!..

Maternitatea noastră din București se poate mândri în privința aceasta. Tratamentul e cel descris în „foaia de observație" din paginile anterioare și aparține „Școalei Românești" sub imboldul D-lui Prof. Dr. N. Gheorghiu.

Intervenția sângerândă în această perioadă convulsivă, — mai ales că moartea fătului este regula, — întâmpină mari dificultăți tocmai din cauza asocierii acestui factor agravant: „moartea foetală".

Aceeași moarte a fătului produce însă,—asupra mersului eclampsiei, un efect salutar; indicațiunile operatorii, în caz de „retenție fetală", știm, — pe dealtă parte, — că dictează o amânare cu cel puțin o lună, dela data falș lui travaliu.

Prin urmare ne vom conduce și aici,—(exceptând cazurile de accidente intraabdominale grave),— în ce privește data intervenției, ca și în sarcina extrauterină fără eclampsie.

Această conduită a dus la rezultatul operatoriu splendid obținut de D-l Prof. Dr. Gheorghiu și Dr. Săvulescu și în cazul expus mai sus.

CONCLUZII

1. Eclampsia poate apărea în cursul unei sarcini extra-uterine.

2. Raritatea cazurilor de eclampsie în cursul sarcinilor extra-uterine, este datorită faptului că aceste sarcini evoluează rare ori până la epoca în care se iveşte obicinuit sindromul eclamptic.

3. Unicul caz publicat în literatura medicală de sarcină ectopică complicată cu eclampsie, aparţine clinicei obstetricale din Bucureşti, referindu-se la o varietate tubo-ovariană evoluată până în luna 8-a, caz care mi-a servit pentru lucrarea de faţă.

4. Din punct de vedere nosologic, eclampsia în sarcina extra-uterină nu poate fi decât antepartum.

5. Factorii etiologici şi patogenici ai eclampsiei în sarcina ectopică par a fi aceiaşi ca şi în sarcina uterină.

6. In sarcina extra-uterină cu eclampsie prognosticul pentru făt, (dat fiinnd inferioritatea lui calitativă), este mai grav decât în sarcina uterină cu eclampsie.

7. Coexistenţa sindromului eclamptic cu o tumoră abdominală, chiar în lipsa de semne evidente gravidice impune diagnosticul de sarcină.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei — **Prof. Dr. N. GHEORGHIU**

Decanul Facultăţii — **Prof. Dr. M. MINOVICI**

BIBLIOGRAFIE

Bar-Brindeau J.Chambrelent. La pratique de l'art des accouchements.

Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe 1921.

Forgue et Massabuau Gynecologie 1916.

Prof. Gheorghiu N. şi Dr. D. Săvulescu. Trei cazuri de sarcină extra-uterină. Revista de Obst. Gynec. şi Pueric. An. III No. 3.

Hofbauer. Zur Klärung der Eklampsiefrage. Zent. f. Gyn. 1921 No. 50.

Hoste. Eklampsie mit mehr als 200 Anfällen.

Jacquin. La grossesse abdominale primitive. Gyn. et Obst. 1922.

Mauthner. Zur Actiologie und Therapie der Tubargravidität. Zent. f. Gyn. 1922 No. 50.

V. *Oettingen.* Beitrag zur Actiologie und Therapie der Extrauteingravidität. Zent f. Gyn. 1922 No. 11.

Poorten. Zur Actiologie der Ektopischen Schwangerschaft. Zent. f. Gyn. No. 19.

Pozzi. Traité de gynecologie.

Ribemont-Dessaignes G. Lepage. Traité d'Obstétrique 1914.

Revist. de Obst. Gynecol. şi Pueric. Colectia An. 1922 şi No. 2 An. 1923.